

This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at http://books.google.com/



A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

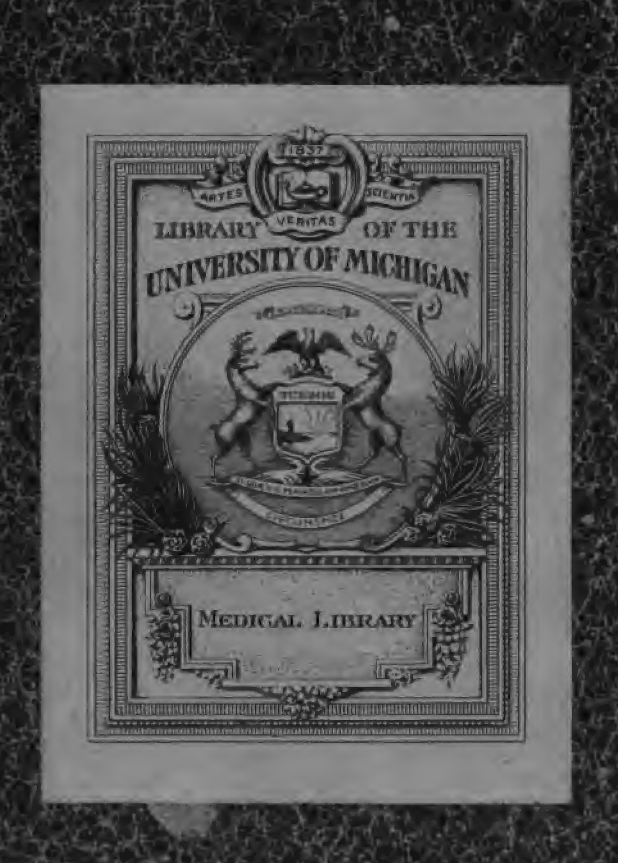
Nous vous demandons également de:

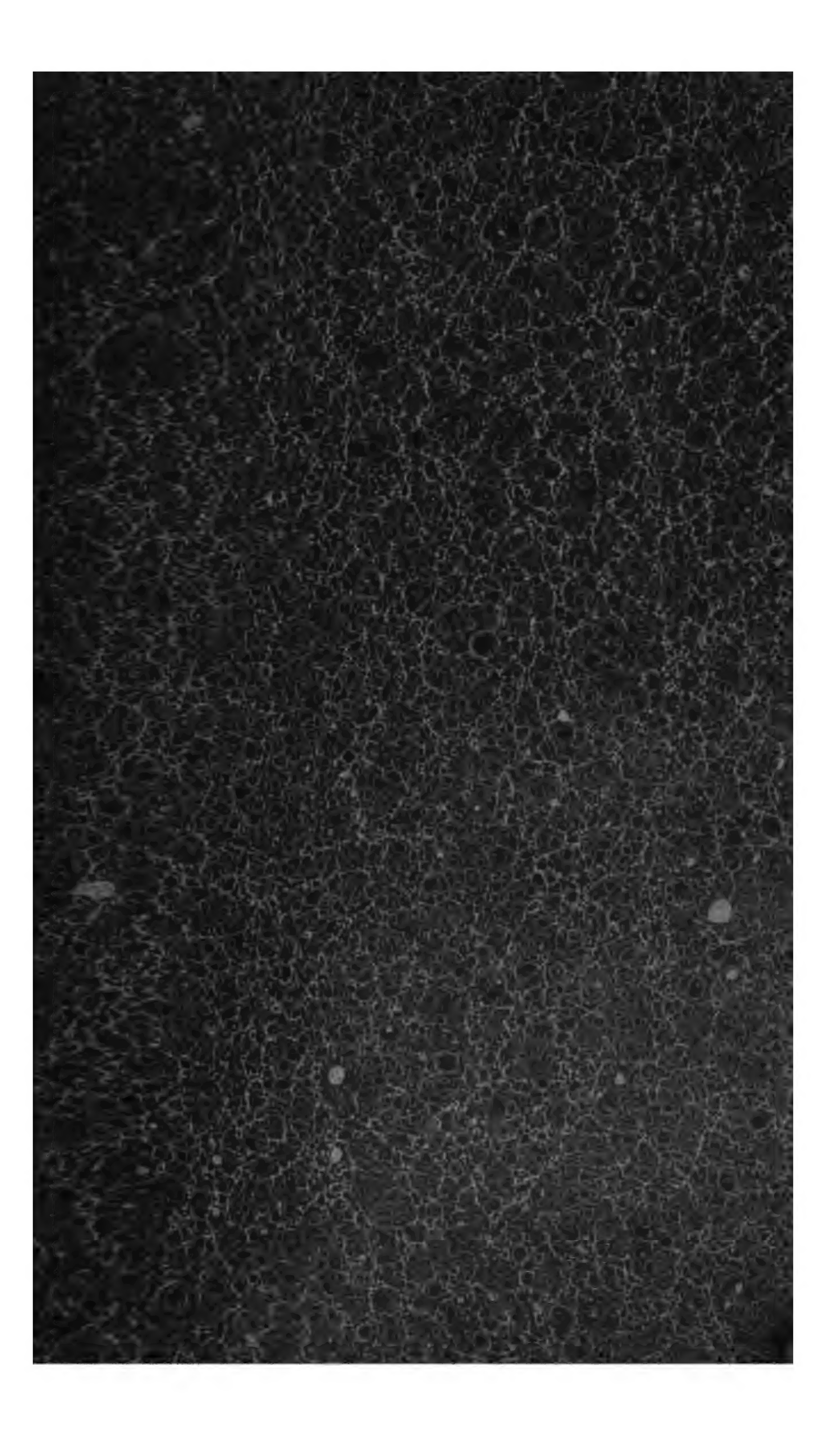
+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.
+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.
+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.
+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse http://books.google.com


A 3 9015 00381 070 5
University of Michigan – BUHR


1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
MEDICAL LIBRARY



S678
M5
O2

MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE

D'OBSERVATION

DE PARIS.

III

Librairie de J.-B. Baillière.

MÉMOIRES DE LA SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION DE PARIS. Paris, 1837-1844, tomes I et II, in-8°.

Le tome I[er] (1837) contient : LOUIS, De l'examen des malades et de la recherche des faits généraux. — TH. MAUNOIR, Essai sur quelques points de l'histoire de la cataracte. — LOUIS, Recherches sur l'emphysème des poumons. — BIZOT, Recherches sur le cœur et le système artériel chez l'homme. — MARC D'ESPINE, Mémoire analytique sur l'orchite blennorrhagique.

Le tome II (1844) contient : LOUIS, Recherches sur la fièvre jaune de Gibraltar, de 1828. — VALLEIX, Recherches sur la fréquence du pouls, chez les enfants nouveau-nés et chez les enfants âgés de sept mois à six ans. — DUCREST, Recherches sur une production osseuse à la surface du crâne, chez les femmes mortes en couche. — FAUVEL, Recherches sur la bronchite capillaire suffocante (catarrhe suffocant), chez les enfants et chez les adultes.

Paris. — Imprimerie de L. MARTINET, rue Mignon, 2.

MÉMOIRES

DE LA

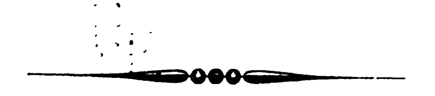
SOCIÉTÉ MÉDICALE

D'OBSERVATION

DE PARIS.

Numerandæ et perpendendæ observationes.

TOME TROISIÈME.



A PARIS

CHEZ J.-B. BAILLIÈRE,

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE,

Rue Hautefeuille, 19;

Londres, H. BAILLIÈRE, 219, REGENT-STREET; | New-York, H. BAILLIÈRE, 290, BROADWAY;

MADRID, C. BAILLY-BAILLIÈRE, CALLE DEL PRINCIPE, 11.

1856

Medical
Nyhoff
4-4-30
20768

AVANT-PROPOS.

Lorsque fut publié le deuxième volume des Mémoires de la Société d'observation, Valleix en écrivit l'avant-propos. Il allait accomplir la même tâche pour ce troisième volume, quand une mort aussi imprévue que prématurée est venue l'enlever à la science, et priver la Société médicale d'observation d'un de ses plus fermes soutiens.

Ce n'est pas sans un profond sentiment de tristesse que l'on se voit privé tout à coup et à tout jamais d'un collègue tel que Valleix. Et cette douleur ne peut qu'augmenter à mesure que l'on approfondit ses ouvrages et que l'on sait mieux ce qu'il a été. Essayons toutefois de rappeler les titres de cet éminent confrère à l'estime de tous, et de la Société d'observation en particulier. Nous ne pouvions publier ce volume, dont Valleix a écrit le premier mémoire, sans dire d'abord ce qu'il était pour notre Société, pour la science, et ce qu'il fut, par le cœur, pour ses nombreux amis.

Né le 14 janvier 1807 à Toulouse, où il passa sa première jeunesse et fit de brillantes études classiques, Valleix vint étudier la médecine à Paris. C'était l'époque où les travaux de M. Louis, fixant l'attention sur l'indispensable nécessité de l'observa-

tion rigoureuse comme point de départ des faits généraux, inspiraient la fondation de la Société médicale d'observation.

L'ardeur méridionale de Valleix, son enjouement habituel, son goût pour les arts et même pour la poésie, qu'il avait cultivée avec assez de bonheur pour recevoir les félicitations d'un illustre poëte, semblaient alors devoir le porter vers la médecine d'imagination, si funeste aux progrès de la science. Mais son esprit élevé, son jugement net et précis, lui firent envisager la médecine comme elle doit l'être, comme une science difficile, et l'observation comme sa condition fondamentale. Ses convictions à cet égard étaient si profondes, qu'elles dominèrent complétement ses dispositions naturelles, et qu'il adhéra aux principes de la Société avec une fermeté qui, depuis, ne s'est jamais démentie.

Si cette fermeté de conviction fait honneur à Valleix, elle n'en fait pas moins à la Société elle-même, qui est fière de l'avoir compté si longtemps — tout le temps de sa vie médicale — parmi ses membres les plus zélés. Et quand une nombreuse clientèle vint absorber presque tous ses instants, il resta toujours, comme il l'avait été jusque-là, un des plus empressés aux séances hebdomadaires. Il fut du petit nombre des membres toujours actifs qui ont vu passer successivement sous leurs yeux, dans le sein de la Société, la nombreuse phalange de ses modestes travailleurs, dont un grand nombre sont arrivés plus tard à des positions éminentes dans le professorat, dans les hôpitaux, à Paris, en province, et jusque dans les pays étrangers. Ajoutons que, dans les der-

nières années surtout, par ses réflexions justes et toujours bienveillantes, Valleix sut contribuer autant que personne à inculquer à tous ceux qui sont venus participer aux travaux de la Société les règles de l'exactitude en matière d'observation. Aussi, quand M. Louis, frappé dans ses plus chères affections et dans ses plus doux rêves d'avenir, quitta la présidence, il y a environ deux années, Valleix fut désigné d'un commun accord pour en remplir les fonctions.

Valleix était interne à l'hospice des Enfants trouvés en 1834. C'est là qu'il commença à se livrer au travail sérieux, et qu'il recueillit les matériaux qui devaient plus tard servir à la publication de son premier grand ouvrage, la Clinique des maladies des enfants nouveau-nés. — Dès le 2 janvier de l'année suivante, il soutenait sa thèse de doctorat (1), et la même année il publiait, dans le *Journal hebdomadaire des sciences médicales*, un mémoire sur les céphalæmatomes du crâne chez les nouveau-nés. Ces travaux, refondus plus tard dans sa Clinique des maladies des nouveau-nés, ne furent pas les seuls qui précédèrent la publication de cet ouvrage. Valleix avait communiqué en 1834 à la Société anatomique un travail *Sur le développement des os du crâne après la naissance* (2), et plusieurs observations très intéressantes, dans lesquelles on trouve

(1) Cette thèse avait pour titre : *De l'asphyxie lente des nouveau-nés, et principalement de celle que produit la maladie connue sous les noms d'endurcissement œdémateux du tissu cellulaire, de sclérème, etc.*

(2) *Bulletin de la Société anatomique.*

des détails notés avec un soin qui démontre toute l'importance qu'il attachait dès lors aux observations recueillies avec exactitude (1). De plus il avait inséré, en 1835, dans les *Archives générales de médecine*, un mémoire intitulé : *Du rôle des fosses nasales dans l'acte de la phonation.*

C'est en 1838 qu'il fit paraître sa *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés* (2), pour laquelle il eut recours à la méthode numérique « comme moyen de mieux connaître les maladies du premier âge. » Il nous apprend lui-même, dans l'avant-propos de cet ouvrage, que c'est « la connaissance de cette méthode, si heureusement introduite par M. Louis dans la science médicale, qui a pu seule le déterminer à entreprendre cette publication. »

Le traité de Billard avait attiré principalement l'attention sur l'anatomie pathologique des affections des nouveau-nés, et la symptomatologie n'y avait été considérée par l'auteur, en quelque sorte, que comme accessoire. Valleix, envisageant avec raison la question au point de vue pratique, s'occupe d'abord des symptômes et du diagnostic, pour remonter ensuite aux lésions anatomiques comme moyen de contrôle et d'élucidation pathologique.

Dans un premier chapitre, très neuf à l'époque où il parut, il traite de l'*exploration clinique des*

(1) *Observation suivie de réflexions sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs. — Observation curieuse de transposition irrégulière des organes chez un enfant, etc.* (*Bulletin de la Soc. anatom.*, 1831-1835).

(2) Un volume in-8 de 700 pages, *avec 2 planches coloriées* représentant le céphalæmatome sous-péricrânien et son mode de formation. J.-B. Baillière, 1838.

nouveau-nés, et il fait remarquer, à cette occasion, que souvent les difficultés de l'observation, chez l'enfant naissant, doivent être attribuées non pas, comme on le fait tous les jours, à son imperfection morale et physique, mais au peu de soin qu'on apporte à son examen clinique. Valleix insiste surtout sur la distinction de l'examen de l'enfant en deux temps : 1° pendant le calme, et 2° pendant l'agitation; distinction capitale, dont on a reconnu depuis toute l'utilité pratique.

Valleix décrit ensuite des maladies qu'il a observées chez les nouveau-nés (1). Les chapitres consacrés au muguet et à la pneumonie, les principaux du livre, seront longtemps consultés avec fruit; et celui qui traite du céphalæmatome est encore apprécié comme le travail le plus complet qui existe sur cette affection. Valleix établit que cette tumeur sanguine est presque toujours sous-péricrânienne, et il explique la fréquence de cette variété par l'époque de l'ossification où sont arrivés les os du crâne au moment de l'accouchement. Ces os étant très vasculaires et privés de leur table externe à la naissance, comme il l'a démontré à la Société anatomique en 1834, il en résulte, suivant lui, que la pression circulaire du col de l'utérus, au moment de l'accouchement, peut déterminer le suintement du sang sous le péricrâne et la formation du céphalæmatome.

La Clinique des maladies des nouveau-nés s'appuie

(1) Ces maladies sont : la *pneumonie*, le *muguet*, l'*entérite*, le *céphalæmatome*, l'*apoplexie méningée et cérébrale*, l'*œdème des nouveau-nés*, les *pustules*, et enfin le *pemphigus*. L'œdème des nouveau-nés était désigné dans la thèse de Valleix sous les noms d'*asphyxie lente*, dénomination à laquelle il renonce dans son ouvrage.

sur cent douze observations, qui sont toutes analysées scrupuleusement, et trente-quatre y sont rapportées en entier. C'est un livre consciencieux qui, par les résultats précis et nombreux qu'il présente, démontre la féconde utilité de la méthode qui a été suivie pour sa rédaction. Mais on ne doit pas perdre de vue, comme Valleix le fit remarquer plus tard, qu'il s'agit uniquement dans son ouvrage des nouveau-nés de l'hospice des Enfants trouvés, qui sont dans des conditions exceptionnelles.

Vers l'époque où ce livre parut, à la fin de 1838, Valleix faisait, comme médecin du Bureau central, un service temporaire à la Pitié. Il eut à traiter dans cet hôpital des malades atteints de névralgie intercostale, chez lesquels M. Bassereau, alors interne de ce service, lui signala la sensibilité à la pression de deux points très limités aux deux extrémités des espaces intercostaux, en arrière et en avant. Avec ces premières notions, qu'il eut soin de rapporter à leur auteur, Valleix entreprit de nouvelles recherches, et publia en 1840 un excellent mémoire *Sur la névralgie dorsale ou intercostale* (*Archives de médecine*). Il y montre que, dans cette affection, outre les deux points douloureux à la pression signalés par M. Bassereau, il en existe souvent un troisième intermédiaire ; de plus, l'étude anatomique des nerfs intercostaux lui fait reconnaître que ces foyers de douleurs existent précisément là où le nerf intercostal envoie un rameau des parties profondes vers la peau. Il retrouve ensuite ce fait anatomique avec les mêmes conséquences au niveau

des autres nerfs de la vie de relation; et ce résultat général devient la source féconde des recherches auxquelles nous devons le *Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs* (1), placé aujourd'hui au premier rang de nos ouvrages modernes, et qui obtint en 1847 le prix Itard à l'Académie de médecine.

On sait combien est remarquable la partie clinique de cet ouvrage. La distinction de la douleur en *spontanée* et en *provoquée*, et l'indication précise des points anatomiques où cette dernière est produite par la pression, sont des notions fondamentales en pratique. Valleix en a tiré le plus grand parti pour le diagnostic et même pour le traitement. Non-seulement il a éclairé l'étude des névralgies déjà connues, mais encore il a décrit des névralgies nouvelles ou à peine entrevues avant lui, les névralgies *occipito-frontale*, *cervico-brachiale*, *lombo-abdominale*, *crurale*, et la névralgie *multiple*, qu'il fait connaître dans le chapitre consacré à la névralgie en général.

Dans les années qui suivirent la publication de son livre, Valleix s'est encore occupé des névralgies, d'abord dans un mémoire et dans une note insérés dans les *Archives* (2), puis dans un travail tout nouveau sur la névralgie qu'il appelle *générale*, et qu'il décrit comme *simulant des affections graves des centres nerveux* (3).

(1) Paris, in-8 de 720 pages. J.-B. Baillière, 1841.

(2) *Du traitement des névralgies par les vésicatoires volants appliqués sur les principaux points de douleur.* — *Note sur un cas remarquable de névralgie trifaciale* (*Arch.*, 1842, t. XIII et XV).

(3) *Bulletin gén. de thér.*, t. XXXIV. — Quelques mois avant cette publi-

Cette dernière espèce de névralgie mérite d'attirer l'attention des praticiens, qui doivent être familiarisés avec les données séméiologiques précises que Valleix leur a indiquées, car ses préceptes peuvent faire éviter dans la pratique des erreurs diagnostiques commises plus souvent qu'on ne pense. C'est surtout l'existence des foyers douloureux superficiels qui siégent au niveau des organes splanchniques, qui donnent lieu à ces erreurs. Valleix a attiré l'attention sur une forme de névralgie lombo-abdominale simulant une maladie de l'utérus (1); mais ce n'est là qu'une particularité très restreinte de la question, et il serait facile d'indiquer dans d'autres névralgies un grand nombre de simulations pathologiques analogues.

On a paru regretter que Valleix n'ait pas rendu son traité plus complet en y ajoutant l'histoire des névralgies dites *viscérales*. Mais, si l'on excepte certaines gastralgies, quelle est la maladie douloureuse des viscères, indépendante de toute lésion anatomique apparente, que l'on ne puisse confondre avec une affection douloureuse ayant pour point de départ une lésion matérielle? En ne s'occupant que des névralgies des nerfs extérieurs, Valleix, à mon avis, a mieux élucidé la question qu'en rapprochant des données précises et en quelque sorte mathématiques qu'il a fait connaître, les signes obscurs et même

cation, il avait inséré dans l'*Union médicale* (1847) quelques considérations *sur un cas de névralgie occupant presque tous les nerfs du corps* (p. 252). Voyez aussi l'excellente thèse de M. Leclerc (1852) sur le même sujet, et l'intéressant mémoire de M. J.-B. Fonssagrives, paru tout récemment dans les *Archives* (mars 1856).

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, t. XXXII.

controversés fournis par les nerfs des organes internes de l'économie.

Une année seulement s'était écoulée depuis l'apparition de son Traité des névralgies, lorsqu'il commença la publication de son *Guide du médecin praticien* (1843). Ce *résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées* parut d'abord en dix volumes, terminés en cinq années (1843-1847), et il eut bientôt les honneurs de deux éditions nouvelles en cinq volumes compactes (en 1851 et 1853).

Le succès de cet ouvrage, succès considérable, surtout pour une publication aussi volumineuse, s'explique facilement, car il répondait réellement aux besoins pratiques de l'époque, ainsi que Valleix l'avait pensé en l'écrivant. Le but de l'auteur était « de mettre en faisceau, sous les yeux du praticien, tout ce qu'il lui importe de savoir. » Pour cela, il a eu recours aux meilleurs traités, et surtout aux meilleures observations, rejetant toute assertion non justifiée par les faits. Cet ouvrage, essentiellement pratique, se distingue des publications analogues qui ont été faites, en ce qu'il renferme l'appréciation critique des opinions, des théories, et de bien des faits publiés, qui se trouvent ainsi réduits à leur juste valeur. A ce point de vue, il offre aux observateurs le grand avantage de signaler les *desiderata*, malheureusement trop nombreux, de la science, et les lacunes à combler.

Il faut avoir vu réunis, comme matériaux de ce vaste travail, tous les extraits que Valleix avait faits des publications originales anciennes et modernes et des recueils périodiques, pour se former une idée de

la grandeur de l'œuvre et du soin avec lequel elle fut menée à bonne fin. On comprend que, dans de telles conditions, beaucoup de chapitres soient de véritables monographies; et il me suffira, pour justifier cette assertion, de rappeler ce qui se rapporte aux différentes espèces de laryngites, aux affections du cœur, dont l'exposé présente une méthode parfaite, aux maladies de l'estomac, et spécialement au cancer de cet organe, etc. Dans toutes les parties du *Guide du médecin praticien*, le diagnostic et le traitement, bases fondamentales de la pratique, sont traités avec les plus grands détails.

Presque en même temps qu'il publiait les importants travaux rappelés précédemment, Valleix insérait, en 1839, dans les *Archives de médecine*, son beau travail *Sur la distinction du typhus fever et de la fièvre typhoïde d'Angleterre*; il adressait, en 1843, à l'Académie de médecine, un mémoire *Sur l'œdème de la glotte* (1), qui fut couronné par cette compagnie savante, et il faisait paraître, en 1844, d'importantes recherches *Sur la fréquence du pouls chez les jeunes enfants*, dans le deuxième volume des *Mémoires de la Société d'observation*. Ce dernier travail, complément des premières recherches qu'il avait exposées dans sa Clinique sur les maladies des nouveau-nés, est, pour les enfants âgés de moins de six ans, ce que le mémoire si intéressant de Leuret et de M. Mitivié, sur la fréquence du pouls chez les aliénés, est pour l'adulte et le vieillard.

Valleix avait été nommé, au concours, médecin du

(1) *Mémoires de l'Acad. de médecine*, t. XI, p. 82 à 192.

Bureau central en 1836, au minimum de l'âge exigé par les règlements. C'est peu après son arrivée à l'hôpital de la Pitié, en 1852, qu'il ouvrit ses conférences cliniques et qu'il commença à exercer les élèves à l'interrogatoire des malades et à l'étude si difficile du diagnostic (1). J'ai été souvent témoin de la patience inaltérable avec laquelle il dirigeait ses disciples dans l'examen des malades, à l'aide d'une méthode simple, mais féconde par ses applications. Il leur en rappelait journellement les particularités, et, s'il y avait lieu, mettait à redresser leur diagnostic erroné un tact et une bonté qui encourageaient chaque année de nouveaux adeptes à se risquer à cet utile exercice pratique (2). Ses leçons cliniques faites à l'amphithéâtre péchaient parfois, peut-être, par un peu de froideur dans l'exposition ; mais cela n'empêchait par les élèves déjà familiarisés avec les études cliniques d'être en grand nombre ses auditeurs les plus assidus et les plus reconnaissants, parce qu'ils comprenaient tout ce qu'il y avait d'exactitude pratique et de positivisme rigoureux dans ces leçons.

C'est dans ces conférences qu'il exposa, avec le plus de développement, ses recherches cliniques sur le traitement des déviations utérines à l'aide du redresseur intra-utérin (3). Déjà, en 1851, il avait in-

(1) Avant d'arriver à la Pitié, Valleix était passé successivement du Bureau central à l'Hôtel-Dieu annexe (Sainte-Marguerite), puis à Beaujon.

(2) Exercer les élèves à l'interrogatoire et à l'examen des malades est, sans contredit, pour eux, l'enseignement le plus profitable pour la pratique. Malheureusement les jeunes gens éprouvent à cet égard une hésitation qu'ils devraient s'attacher à vaincre.

(3) Leçons publiées dans l'*Union médicale* en 1852, par M. Gallard, alors son interne.

séré dans le *Bulletin général de thérapeutique* deux articles sur ce sujet (1), et il continuait avec persévérance ses recherches cliniques, lorsque survint la discussion de l'Académie de médecine, qui arrêta d'abord ses travaux investigateurs. Cependant, comme il recherchait avant tout la vérité, et que ses convictions premières étaient basées sur des faits qu'il croyait bien observés, il n'abandonna pas complétement à d'autres la tâche de poursuivre ces intéressantes recherches et de résoudre complétement le problème. Comme il était du petit nombre des observateurs auxquels suffisent l'attrait de la science et la satisfaction intérieure qu'elle procure, et qui redoutent plus qu'ils ne désirent tout ce qui peut donner un retentissement ou un éclat prématurés à leurs œuvres, il aurait sans doute, si la mort ne l'avait surpris, continué en silence ses travaux commencés; et plus tard, il leur aurait donné toute la publicité nécessaire, très disposé, comme il l'a dit lui-même, à renoncer à ce que les faits lui démontreraient ne pas être la vérité.

Par le fait même de ses qualités solides pour l'observation, Valleix était naturellement porté vers la critique médicale, qu'il considérait avec raison comme un complément de l'observation, et, avec quelques contemporains éminents, comme une nécessité devant la tendance générale à accepter trop facilement comme dignes de confiance toutes les

(1) *Modifications apportées au pessaire intra-utérin, et considérations sur la cure radicale des diverses déviations de l'utérus* (*Bull. gén. de thérap.*, t. XL). — *Note sur le redresseur intra-utérin et sur son emploi dans le traitement radical du déplacement de la matrice* (*Ibid.*, t. XLI).

publications nouvelles. Pour Valleix, la critique n'était donc pas, à beaucoup près, une simple affaire d'écrivain, masquant sous des louanges banales ou des reproches mitigés le vide de ses articles. C'était pour lui une chose grave; et il fallait bien qu'il en fût ainsi pour que, pendant environ dix années, à partir de 1836, et au milieu de ses autres travaux, il ait si fréquemment pris la plume pour publier les consciencieux articles critiques que l'on connaît. D'ailleurs les qualités indispensables au vrai critique, juger avec impartialité, dire avec indépendance ce que l'on croit être la vérité, attaquer hardiment l'erreur, en évitant soigneusement toute personnalité blessante, enfin rester calme et digne au milieu des animosités que l'on suscite fatalement autour de soi; ces qualités, Valleix les réunissait toutes. Et c'est avec justice qu'un de ses plus anciens amis et collaborateurs, M. Raige-Delorme, a signalé « son abnégation personnelle dans les discussions, sa bonne foi et son indulgence envers ses adversaires. » Ce n'est pas cependant qu'il ne fût pénible à Valleix, bienveillant comme il l'était, de se trouver exposé aux traits de l'animosité et de l'amour-propre blessé des auteurs dont il discutait les travaux; mais il avait la conscience de ne descendre dans l'arène, comme il le dit quelque part, « que pour défendre les préceptes de la froide raison contre les rêveries de l'imagination. » Et cette conviction lui suffisait.

Avec une connaissance approfondie des travaux contemporains, son esprit, éminemment lucide, avait le don précieux de saisir immédiatement, dans un ensemble, le point principal du sujet, de le dégager

de ses accessoires, d'en voir les lacunes et d'en reconnaître les dépendances les plus importantes. Cette appréciation prenait corps dans une exposition si facile, qu'elle semblait couler de source, et la sévérité du raisonnement y égalait la clarté incomparable du style. Les articles critiques de Valleix sont d'ailleurs remarquables par une abondance de preuves et d'aperçus toujours nouveaux, par un soin consciencieux de mettre en relief les parties les plus essentielles des ouvrages à examiner, et enfin par la franchise avec laquelle, lorsque le cas se présentait, les lacunes et les erreurs étaient signalées. Cette franchise a été parfois impitoyable dans l'appréciation de certains ouvrages, dans lesquels Valleix croyait voir que les faits, loin de servir de base à la déduction des principes, étaient mis en avant pour étayer de prétendues vérités conçues *à priori* en dehors de l'observation. Pourtant, dans ces cas, ainsi que dans tous les autres, l'œuvre médicale était seule en jeu.

A mon avis, et sans doute aussi dans l'opinion de ses contemporains, personne n'a donné plus d'élévation à la critique.

C'est principalement dans le *Journal hebdomadaire des sciences médicales*, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, dans l'*Union médicale*, et surtout dans le premier de ces recueils et dans les *Archives générales de médecine*, dont Valleix fut longtemps un des principaux rédacteurs, que l'on rencontre ses articles de critique. Il en est beaucoup qui sont des modèles à citer. Et parmi eux je rappellerai : sa *Revue des recherches modernes sur les maladies du cœur* ;

son *Analyse des travaux sur les maladies des reins*, à propos de la publication de l'ouvrage de M. Rayer; son *Analyse des divers traités relatifs à la méningite cérébro-spinale ;* ses comptes rendus : de l'ouvrage de Lallemand *Sur les pertes séminales*, des ouvrages de M. Lélut *Sur la phrénologie*, de Parent-Duchâtelet *Sur la prostitution dans la ville de Paris*, de MM. Trousseau et Belloc *Sur la phthisie laryngée*, de M. Louis *Sur la fièvre typhoïde* (2e édit.), de M. Grisolle *Sur la pneumonie*, etc.

Tous ces travaux de critique ont eu évidemment pour but principal le perfectionnement de l'observation, et par conséquent la défense des principes de notre Société. On peut même dire que tous les écrits de Valleix sont, directement ou indirectement, autant de plaidoyers pleins de verve et de conviction en faveur de ces principes. Il est facile d'en juger par les quelques citations que nous allons en faire, et qui démontreront la justesse des éloges que nous venons de donner à Valleix considéré comme critique.

On admet généralement que l'observation doit servir de base à la science; mais quelle observation? C'est là le point sur lequel il serait bon de s'entendre, et qui, malheureusement, on ne sait trop comment, est un sujet de divergence parmi les observateurs. On a fait beaucoup de bruit du *non numerandæ sed perpendendæ observationes* de Morgagni; mais cette proposition ne doit pas s'interpréter de nos jours comme de son temps, ainsi que le démontre parfaitement Valleix, à propos de l'ouvrage de Lallemand *Sur les pertes séminales*.

« M. Lallemand, dit-il, est un des auteurs qui mettent toute la médecine dans les observations. La première épigraphe de ses lettres le prouve : *Ars medica tota in observationibus*, dit-il avec Fréd. Hoffmann. En cela il sera d'accord avec bien des médecins, et nous nous hâterons de nous joindre à lui. Mais le principe n'est rien; la manière de l'appliquer fait tout. C'est là que les dissensions commencent, et lorsque M. L... ajoute ces mots de Morgagni : *Neque enim numerandæ sunt, sed perpendendæ... observationes*, nous ne sommes plus de son avis. Quoi donc, vous voulez tout devoir aux observations, et vous ne voulez pas les compter ? Vous les pesez, dites-vous; mais si l'on vous prouve que cette méthode de compter, dont vous faites si peu de cas, est un des meilleurs moyens de peser les faits, que répondrez-vous ? Or, rien n'est plus vrai. Prenons un exemple : Qu'est-ce qu'un signe pathognomonique ? C'est celui qui se trouve *toujours* dans une maladie, et *jamais* dans une autre. Qui ne voit déjà que ces mots *toujours* et *jamais* résultent évidemment d'un calcul réel, quoique fait à notre insu, font toute la valeur de ce signe, et lui donnent un véritable *poids ?* Il en est de même pour tous les autres signes, quelque rang qu'ils occupent ; ils ont d'autant plus de valeur qu'on les a *plus souvent* trouvés dans une maladie, et plus rarement dans les autres, ou bien encore, qu'ils se sont montrés *plus fréquemment* dans des circonstances particulières. Ce sont là les bases de la pathologie, et jusqu'ici nous ne craignons guère les objections. Mais, qu'on y réfléchisse, l'auteur qui rapportera un nombre très limité de cas, méritera-t-il autant

de confiance quand il dira : tel symptôme se trouve *toujours* ou *très fréquemment*, que celui qui en présentera un nombre décuple, par exemple ? Les observations de ce dernier n'auront-elles pas acquis un nouveau poids par cela seul qu'elles seront plus nombreuses ? Il est bien entendu que nous supposons les observations prises avec la même rigueur et la même exactitude, aussi prenons-nous pour devise avec la Société médicale d'observation : *Perpendendæ et numerandæ*.

» Nous avons insisté sur ce point, parce que, dans ces derniers temps, on s'est beaucoup prévalu de ce mot de Morgagni, pour attaquer la méthode numérique. Nous pensons que cette phrase a été mal interprétée. Morgagni écrivait à une époque où les grands recueils d'observations étaient à la mode; on en faisait des volumes énormes; on les rassemblait par décuries, par centuries, etc. ; mais tout cela sans ordre et sans choix. Une avide curiosité présidait seule à ces recueils, et les observations bonnes et mauvaises étaient entassées sans examen et sans critique; dès qu'on avait formé une collection bien volumineuse et bien fournie, on croyait avoir fait un bon ouvrage. Il n'est pas étonnant qu'en cet état de choses, Morgagni, frappé surtout de la nullité du plus grand nombre des faits, se soit écrié : *Non numerandæ sed perpendendæ observationes;* mais si on ne lui eût présenté que des observations bien faites, bien détaillées et recueillies sans prévention, croit-on qu'il en eût méprisé le nombre ? Non, sans doute, et il eût été le premier à dire : *Perpendendæ et numerandæ observationes*. Il faut les peser d'abord, c'est-à-dire,

examiner si elles sont prises avec soin, et si tous les détails s'y trouvent, les soumettre en un mot à une critique sévère, car pour faire un travail utile, il ne faut employer que de bons matériaux; ensuite il faut, après les avoir analysées rigoureusement, les compter avec soin, car c'est le seul moyen d'en retirer quelque fruit. La méthode analytique et numérique réunit seule toutes ces conditions (1).»

Lorsque les observations ont été recueillies et rassemblées, leur mise en œuvre par la statistique n'est pas chose indifférente. Certains auteurs, en effet, n'ont pas compris la statistique médicale comme on doit la comprendre, et ils ont publié des travaux qui, loin de démontrer son utilité, semblent au contraire accréditer certaines objections faites à la méthode.

« La méthode numérique compte beaucoup d'adversaires, dit Valleix. Parmi eux, il en est dont la principale objection consiste à dire qu'en médecine faire de la statistique, c'est rassembler des faits disparates; c'est comparer entre eux des objets qui ne sont pas comparables; c'est remplacer la maladie aux mille formes, aux mille degrés, mobile, changeante, variable, *vivante*, par le chiffre à une seule face, inflexible, immuable, invariable, *mort*. Si ces reproches peuvent s'adresser à quelques travaux de statistique médicale, c'est seulement aux ouvrages semblables à celui que nous avons sous les yeux (2).

(1) *Journal hebdomadaire*, t. I, 1836, p. 290 et 291, *Examen de l'ouvrage de M. Lallemand sur la spermatorrhée.*

(2) *Notice sur la méthode simple antiphlogistique dans le traitement de la syphilis*, par M. D... aîné, chirurgien militaire.

Car on ne devrait pas ignorer que les observateurs qui connaissent la véritable méthode numérique, loin de regarder les faits comme des abstractions immuables, les suivent au contraire dans leurs plus légers changements, descendent dans les plus petits détails, considèrent les objets sous toutes les faces, et ne comparent enfin que lorsque la comparaison est évidemment possible. On a peut-être tort de séparer ces mots *analytique* et *numérique* : les deux devraient toujours marcher ensemble; sans l'analyse, pas de résultat numérique possible. Cette alliance de l'analyse et de la statistique est sans doute sous-entendue par les partisans de la véritable méthode numérique; mais il serait bon que personne ne pût tomber dans l'erreur à ce sujet. Or, c'est ce qui nous paraît être arrivé à M. D... Une masse énorme de faits est présentée dans sa notice; mais l'analyse n'y est point. De sorte qu'après avoir lu tous ces chiffres accumulés, rien de positif ne vous reste dans l'esprit... Cette manière de faire de la statistique médicale pourrait nuire à la véritable méthode numérique, si les bons esprits ne savaient qu'à côté de l'usage, il y a toujours l'abus, et qu'une méthode ne doit être jugée que lorsqu'elle est convenablement appliquée (1). »

« ... Ne pourrait-on pas se demander, écrit ailleurs Valleix, si les attaques auxquelles la méthode numérique est en butte ne s'adresseraient pas à cette méthode bâtarde qui n'en est que le masque? Cela expliquerait comment il s'est trouvé des adversaires,

(1) *Journ. hebdomadaire*, t. I, 1836, p. 213, 214.

tels que M. D..., au sein de l'Institut, M. C..., à l'Académie de médecine, M. S..., dans le *Bulletin de thérapeutique*, qui, en la combattant, ont paru si peu la comprendre... Contentons-nous de signaler le fait, et réjouissons-nous de voir des auteurs, qui marchent dans toute autre voie que nous, nous fournir ainsi l'occasion de tracer une ligne de démarcation bien tranchée entre leur méthode et la nôtre dont ils ont pris le nom (1). »

Je viens d'essayer de mettre en évidence la valeur des travaux de notre regrettable collègue et de le faire en quelque sorte revivre par ses œuvres dans cette notice. Il me reste à compléter l'esquisse de sa vie scientifique par plusieurs détails que je ne saurais négliger de rappeler.

Deux fois Valleix se présenta au concours de l'agrégation et deux fois il échoua, par des motifs que je n'ai pas à rechercher (2). Durant son internat dans les hôpitaux, il fut membre de la Société anatomique, dont il devint secrétaire, puis vice-président ; et il eut l'occasion de faire à cette Société plusieurs communications importantes, précédemment rappelées. Plus tard, il concourut à fonder la Société médicale des hôpitaux. Mais, de tous ses titres, ceux de médecin d'hôpital et de membre de la Société d'observation furent toujours considérés par lui comme les plus précieux ; et, à cet égard, il

(1) *Journal hebdomadaire*, t. II, 1836, p. 27. Lettre sur le compte rendu de M. Pelletan.

(2) Les deux thèses qu'il eut alors à soutenir avaient pour titres : *La fièvre ou affection typhoïde et l'inflammation de la fin de l'iléon sont-elles deux maladies différentes?* 1838. — *Des indications et contre-indications en médecine pratique*. 1844.

montrait même un puritanisme qui n'était pas approuvé par tous ses amis.

Par ses nombreux travaux, sa droiture scientifique, l'aménité de son caractère, Valleix avait acquis un rang éminent comme observateur et comme praticien. Mais à ce dernier titre, sa position s'était surtout agrandie dans ces dernières années. Jusque-là, il avait eu, comme beaucoup de nos célébrités scientifiques, une existence accidentée et parfois éprouvée en ce qui touche le plus directement à l'existence, je veux dire les besoins matériels de la vie. Dans cette période difficile, il ne se découragea qu'un instant. Il eut alors l'intention d'aller, loin de la France, chercher une position meilleure, et il aurait exécuté ce projet, sans une bien honorable amitié qui le retint en soutenant son courage.

Cette sorte de détresse, qui remonte à environ quinze années, n'eut d'ailleurs aucune influence sur la vie scientifique de notre collègue. Avant, pendant comme après ces années difficiles, son travail ne fut pas suspendu. Ce travail, en effet, était incessant et favorisé, comme je l'ai dit, par une haute intelligence (1).

(1) Indépendamment des travaux cités précédemment et d'autres d'une moindre importance qu'il serait trop long de rappeler, Valleix a publié les suivants, que j'énumère d'après la notice que M. Raige-Delorme a insérée dans les *Archives* :

1° Dans les *Archiv. gén. de méd.*, 1838 : *De la méningite tuberculeuse chez l'adulte* ; — *Examen de l'ouvrage* de M. Woillez, *Recherches sur l'inspection et la mensuration de la poitrine* ; — *De la revaccination.* — 1839 : *Considérations sur la fièvre typhoïde*, etc.; — *Analyse du traité philosophique de médecine pratique* de M. Gendrin; — *Réflexions sur la pleurésie et l'empyème* ; — *Recrudescence de l'ontologie médicale* ; — *Sur l'hémorrhagie des méninges* ; — *Sur l'éloge de*

Aucun médecin ne remplit les devoirs de sa profession avec plus de ponctualité, de bienveillance et de dévouement que Valleix. Il était aimé de tous ses clients, que rassurait sa bonne physionomie. Avec ses amis, les soucis qui résultent de la triste expérience de la vie venaient quelquefois l'attrister ; mais ces légers nuages dissipés, quelles aimables causeries ! Paradoxal par enjouement, il se plaisait

Broussais par M. Bérard ; — *Sur le traité des maladies du cœur,* de M. Pigeaux. — 1840 : *De l'application de la statistique à la médecine,* examen de l'ouvrage de M. Gavarret sur les principes généraux de la statistique médicale. — 1841 : *Sur les lésions anatomiques et la curabilité de la phthisie pulmomaire.* — 1843 : *Revue des derniers travaux sur les maladies syphilitiques ; — De l'hydrothérapie.* — 1844 : *Sur la trachéotomie dans le traitement du croup.* — 1846 : *Sur les traités de la pellagre,* de M. Roussel ; — *De la vaccine,* de M. Steinbrenner. — 1847 : *De l'hypochondrie,* de M. Michéa. — 1849 : *Du choléra,* de MM. Briquet et Mignot, etc.

2° Dans le *Bulletin général de thérapeutique* de 1843 à 1851 : *Sur le diagnostic et le traitement du croup et du pseudo-croup,* t. XXV ; — *De l'abus des vésicatoires et des sinapismes dans les maladies aiguës ; — Sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement de la gastrite aiguë, de la gastrite chronique et de la gastralgie,* t. XXVII ; — *Sur la maladie désignée sous le nom d'asthme chronique ; — Sur les causes et le traitement de l'œdème de la glotte ; — Sur un cas d'œdème des nouveau-nés traité et guéri par les émissions sanguines,* t. XXVIII ; — *Sur les causes, le diagnostic et le traitement de la glucosurie ou diabète sucré ; — Des pertes séminales involontaires ; — Sur la péritonite chronique et son traitement,* t. XXX ; — *Nouvelles considérations sur la gastralgie chronique et son traitement,* t. XXXIII ; — *Sur l'hydrothérapie et sa valeur thérapeutique,* t. XXXV ; — *Sur la pneumonie des enfants,* t. XXXVI ; — *Sur le traitement de l'œdème de la glotte par la scarification des bourrelets œdémateux,* t. XXXIX.

3° Dans l'*Union médicale,* 1847 : *Action immédiate du sulfate de quinine sur le gonflement de la rate, et rapport de ce gonflement avec les accès de fièvre intermittente.* — 1848 : *Études statistiques propres à éclairer ces questions : la fréquence proportionnelle, la nature, les principaux caractères des maladies, ont-ils subi, dans le cours des siècles, d'aussi grandes modifications qu'on le prétend ? — Sur la fièvre intermittente chez les jeunes enfants.* — 1852 : Discours d'ouverture du cours de clinique fait à l'hôpital de la Pitié. — 1853 : *De l'inflammation du tissu cellulaire péri-utérin, et en particulier du phlegmon rétro-utérin ; — Relation de l'épidémie de fièvre typhoïde actuelle, et résultats comparatifs du traitement par la saignée initiale et l'eau froide intus et extus,* etc.

parfois à entraîner la conversation dans un milieu où il se défendait avec des arguments aussi spirituels qu'inattendus. Et ce n'était pas une des particularités les moins intéressantes de son caractère que le contraste frappant qui existait entre cette gaieté intime et l'esprit si logique, si correct, et si austère qu'il appliquait à ses travaux scientifiques.

J'ai dit que Valleix aimait les arts, mais il affectionnait surtout les artistes. Il leur donnait au besoin des preuves de son dévouement empressé, et son cabinet contenait de nombreux témoignages de leur gratitude. Il compta parmi ses amis, sans parler de ses confrères, des hommes distingués dans la littérature et dans le barreau, mais surtout un peintre illustre, quoique jeune encore, avec lequel il resta toujours dans les termes de la plus affectueuse intimité (1).

Tous ceux qui ont connu Valleix savent combien il était homme de cœur. Aussi lorsqu'il fut arrivé, dans ces derniers temps, à une haute position comme praticien, s'abandonna-t-il en silence à ses généreux instincts. D'une inépuisable bienveillance, il faisait le bien en toute occasion. Il n'était pas jusqu'à ses malades d'hôpital qui ne reçussent fréquemment des marques de sa générosité, et qui même n'abusassent quelquefois de sa bonté.

Toujours disposé à obliger ses amis, il identifiait, en quelque sorte, ses sentiments avec les leurs. Il était inquiet de leurs inquiétudes, triste de leur tristesse, et toujours prêt à tout entreprendre et à tout

(1) M. Müller, l'auteur du tableau : *l'Appel des condamnés sous la terreur.*

faire pour y remédier, ou pour chercher, du moins, à tempérer l'amertume de leurs chagrins. Sa famille tout entière, et, parmi ses amis, M. Louis en particulier, en ont eu de touchantes preuves.

L'affection profonde et réciproque que se vouaient depuis si longtemps Valleix et M. Louis était connue de tous. Notre malheureux collègue, se trouvant en proie aux angoisses d'une douloureuse agonie, plaignait M. Louis du nouveau chagrin que sa mort allait lui causer; et M. Louis, Valleix ayant succombé, demandait que le corps de son ami reposât à côté de celui de son propre fils. Ces faits en disent plus sur leur mutuelle amitié que les plus longs commentaires.

La mort de Valleix a été un véritable coup de foudre, tant elle fut rapide.

Dans les premiers jours de juillet dernier, notre infortuné confrère avait donné des soins à un enfant qui succomba à une atteinte de croup, et, les jours suivants, il continuait ses visites à une jeune fille atteinte d'une angine couenneuse qu'elle avait contractée en restant assidûment auprès de cet enfant, lorsque le dimanche, 8 juillet, au matin, Valleix ressentit une légère douleur de gorge. Vers le soir, il survint un malaise croissant et des symptômes généraux graves. Malgré deux cautérisations faites d'abord dans les douze premières heures, malgré le dévouement de l'amitié uni à la science pratique la plus expérimentée, rien ne put conjurer les progrès incessants de la maladie. Un œdème dur de la glotte, étendu rapidement à toutes les parties voisines, compliqua bientôt l'angine couenneuse, et, par sa gravité irré-

médiable, devint la maladie principale. Le jeudi 12 juillet, quatre jours seulement après le début, Valleix était dans un état désespéré. Il vit arriver la mort avec un calme stoïque, malgré les souffrances cruelles qu'il endurait, et il succomba le soir du même jour, âgé de quarante-huit ans.

Ainsi finit Valleix, à l'intelligence et au cœur d'élite, esclave et victime de ses devoirs, exemple rare d'un dévouement sans bornes à sa famille, à ses amis et à la science médicale, dont il a agrandi le domaine (1).

Ce troisième volume des Mémoires de la Société médicale d'observation renferme sept mémoires originaux qui montrent qu'elle persévère dans la voie où elle est engagée depuis son origine.

Le premier a pour titre : *De la coïncidence du rhumatisme articulaire et des maladies du cœur*. Rédigé par Valleix, ce mémoire, est basé sur 343 observations recueillies, pendant leur internat dans les hôpitaux de Paris, par MM. Barth, Barthez, Cossy, de Castelnau, Fauvel et Noël Guéneau de Mussy. C'est un exemple des résultats que pourrait amener le concours du travail, entrepris dans l'esprit de la méthode préconisée par la Société, pour la recherche des faits scientifiques et la vérification de leur valeur.

Le second mémoire, de M. Cossy, traite d'*une cause peu connue d'engouement interne de l'intestin*. L'auteur y appelle l'attention sur l'adhérence, dans l'excavation pelvienne, d'une portion d'intestin sans

(1) Cette notice, avant d'être imprimée, a été lue à la Société d'observation.

lésion de son calibre, comme constituant une prédisposition à l'engouement intestinal.

Ce travail est suivi de mes *Recherches sur les variations de la capacité thoracique dans les maladies aiguës*, recherches comprenant l'étude des modifications de la capacité de la poitrine, que la mensuration seule, envisagée à des points de vue nouveaux, permet de constater dans le cours des maladies fébriles (1).

A ces recherches succède le mémoire de M. Lebert *Sur les cancroïdes cutanés*, renfermant des observations détaillées des diverses variétés de cancroïdes de la peau, et leurs caractères distinctifs.

Viennent ensuite :

Un second mémoire de M. Cossy, *Sur le délire aigu des épileptiques;*

Un travail de M. Oulmont *Sur les oblitérations de la veine cave supérieure*, où l'on trouve plusieurs observations inédites, et l'histoire détaillée de cette affection, complexe sous le rapport étiologique;

Et enfin un mémoire de M. Barth, un des fondateurs de la Société, et aujourd'hui son digne président, *Sur la dilatation des bronches*. 62 observations, dont 43 avec nécropsie, ont servi de base à cette œuvre importante, qui doit être considérée comme une monographie des dilatations bronchiques.

WOILLEZ.

Paris, janvier 1856.

(1) Ce mémoire était déjà imprimé lorsque je lus à la Société médicale des hôpitaux mon travail *Sur la congestion pulmonaire* (*Arch. de méd.*, 1854, et *Actes de la Soc. des hôp.*). Ce dernier travail, quoique publié le premier, doit être considéré comme faisant suite à celui qui est inséré dans ce volume.

NOMS

DES MEMBRES TITULAIRES ET HONORAIRES

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE D'OBSERVATION DE PARIS,

DEPUIS SA FONDATION (1).

Président perpétuel : M. LOUIS, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie impériale de médecine, etc.

Présidents honoraires : M. CHOMEL, professeur honoraire de la Faculté de médecine, et M. ANDRAL, professeur à la Faculté de médecine de Paris, membre de l'Institut.

ALLAMAND (1844), D. M. P. à Épernay, ancien interne des hôpitaux. (Thèse sur l'ophthalmie purulente des nouveau-nés.)

ARRACHART (1854), interne des hôpitaux.

AVIOLAT (1855), interne des hôpitaux.

BARON (Ch.), médecin de l'hospice des Enfants trouvés et orphelins. (De la pleurésie chez les enfants. *Thèse.* — Mémoire sur la nature et le développement des produits accidentels, *Mém. de l'Acad. de médecine*, 1845. — Localisation des maladies cutanées, *Gaz. méd.*, 1848. — Hydrargyrie chez les enfants, *ibid.*, 1850.)

BARTH (*membre fondateur*), médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé libre de la Faculté de médecine, membre de l'Académie impériale de médecine et de la Société médicale des hôpitaux. (Recherches sur le rétrécissement et l'oblitération de l'aorte, *Thèse* et *Presse médicale*, 1837. — Traité d'auscultation. Quatre éditions. — De quelques maladies du larynx, *Archives générales de médecine*, 1838. — Choléra-morbus

(1) Dans les deux premiers volumes de ces Mémoires, la liste des membres de la Société d'observation était disposée d'après l'ordre de leur réception. Ces noms ont été jugés actuellement trop nombreux pour qu'il fût possible d'agir de même dans le troisième volume; aussi avons-nous adopté l'ordre alphabétique, en désignant les membres fondateurs, et en indiquant la date de réception de ceux qui ont fait partie de la Société depuis la publication du deuxième volume.

de la Salpêtrière, *ibid.*, 1849. — Mémoire sur les calculs biliaires, lu à l'Académie de médecine. — Plusieurs autres publications.)

BARTHEZ, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie (Enfants malades), membre de la Société médicale des hôpitaux. (De la pneumonie des enfants. — Traité des maladies des enfants. Deux éditions, 1843, 1854. En collaboration avec M. Rilliet. — Thèse sur les scrofules. — Plusieurs autres publications.)

BATTEMBERG (1849), D. M. P., ancien interne des hôpitaux.

BAUMGARTNER, de Genève (*membre fondateur*), D. M. P.

BAZIN (*membre fondateur*), D. M. P., professeur à la Faculté des siences de Bordeaux, médecin de l'asile d'aliénés. (Recherches sur les systèmes nerveux, 1841. — Mémoire sur la structure des poumons, etc., etc.)

BECQUEREL (ALF.), médecin de l'hôpital de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté de médecine, membre de la Société médicale des hôpitaux. (De la méningite tuberculeuse. *Thèse.* — Cirrhose du foie, 1840. — Traité séméiotique des urines, 1844. — Traité d'hygiène. — Plusieurs autres publications.)

BÉHIER, médecin de l'hôpital Beaujon, agrégé libre de la Faculté de médecine, membre de la Société médicale des hôpitaux. (Recherches sur les effets thérapeutiques du vomissement. — Des bases du diagnostic, 1838. — Traité élémentaire de pathologie interne. — Plusieurs autres publications.)

BELL GIBSON, D. M., à New-York.

BEYLARD (1851), D. M. P., chef de clinique de la Faculté. (Thèse sur le rachitisme et l'ostéomalacie.)

BINET (1856), interne des hôpitaux.

BIZOT, de Genève (*membre fondateur*), D. M. P. (Recherches sur les altérations du système artériel chez l'homme, *Thèse.*)

BLEU (1846), D. M. P., ancien interne.

BOINET, D. M. P., ancien interne des hôpitaux. (Recherches sur les commotions et contusions du cerveau, etc. — Iodothérapie, 1855. — Plusieurs autres publications.)

BOUDET, D. M. P. (Guérison de la phthisie, *Thèse.* — De l'hémorrhagie des méninges, *Journal des connaissances médico-chirurgicales.* — Épidémie de croup, *Arch. gén. de méd*, 1842. — Emploi de l'émétique, 1846.) *Décédé.*

BOUDIN (*membre fondateur*), D. M. P. (Thèse sur la rougeole, 1835.)

BOUILLON-LAGRANGE, D. M. P., ancien interne des hôpitaux. (Thèse sur la *phlegmatia alba dolens*, 1839.)

BOURDON (Hippolyte), médecin de l'hôpital Lariboisière. (Tumeurs fluctuantes du petit bassin. *Revue médicale.* — De la paralysie qui survient à la suite de l'asphyxie par les vapeurs du charbon. *Thèse.*)

BOWDITCH, médecin de l'hôpital général de Massachusetts, fondateur de la Société médicale d'observation de Boston. (Notice sur le *Trichina spiralis*, 1842. — A treatise on diaphragmatic hernia, 1853. — Traduction en anglais des Recherches de M. Louis, sur l'affection typhoïde. — Observations de développement anomal de tubercules pulmonaires, en anglais, 1855.)

BOYER, D. M. P., ancien interne. (Du vomissement comme moyen thérapeutique. *Thèse*, 1836.)

BUCQUOY (1853), D. M. P., ancien interne. (Thèse sur le *purpura hemorrhagica*; 1856.)

CAMBERNON, D. M. P., à Granville, ex-interne des hôpitaux.

CARON (1854), D. M. P., ancien interne, lauréat des hôpitaux. (Mémoire sur les corps étrangers de l'intestin grêle. — Tumeur polypiforme dans le cœur; *Bulletin de la Soc. anatom.* — Thèse sur le traitement des varices par les injections de perchlorure de fer dans les veines, 1856.)

CASTELNAU (de), ancien interne des hôpitaux, rédacteur en chef du *Moniteur des hôpitaux*. (Recherches sur l'inoculation de la syphilis. — Recherches sur le tintement métallique; *Arch. gén. de méd.*, 1841. — Des bubons d'emblée, *ibid.*, 1842. — Plusieurs autres publications.)

CHAPONNIÈRE, de Genève (*membre fondateur*), D. M. P. (Thèse sur le siége et les causes de la névralgie faciale.)

CLÉRAULT (1845), D. M. P., ancien interne des hôpitaux. (Thèse sur l'influence réciproque de la variole et de la vaccine.)

COFFIN (1847), D. M. P., à Paris, ancien interne, lauréat des hôpitaux. (Thèse sur les ulcérations de l'utérus pendant la grossesse, 1851.)

COLLIN (1846), D. M. P., ancien interne.

CORVISART (Lucien) (1849), D. M. P., ancien interne, lauréat de la Faculté, médecin par quartier de S. M. l'Empereur. (Thèse sur la tétanie. — Vésicules closes du péricarde,

1851. — Nutriments et aliments. — Dyspepsie et consomption, 1854. — Plusieurs autres publications.)

COSSY, D. M. P., médecin directeur des eaux thermales de Lavey (Suisse), ancien interne des hôpitaux de Paris. (De l'oblitération des veines rénales. — Tumeur sanguine de l'oreille chez les aliénés; *Arch. gén. de méd.*, 1842. — Gangrène de la vessie dans la fièvre typhoïde; *ibid.*, 1843. — Plusieurs autres publications.

COURTIN (1847), D. M. P., à Cambrai; ancien interne. (Bains sulfureux dans l'asthme. *Gaz. méd.* — De la dyspepsie, 1848.)

COWAN, médecin à Bath (Angeterre), D. M. P. (De l'intermittence. *Thèse*, Paris, 1834. — Traduction des recherches de M. Louis, sur la phthisie.)

DEBROU, D. M. P., ancien prosecteur à la Faculté de Paris; professeur de clinique externe à l'École de médecine d'Orléans.

DECÈS (1855), interne des hôpitaux.

DEPAUL, professeur agrégé de la Faculté de médecine; chirurgien du Bureau central; membre et secrétaire de l'Académie impériale de médecine. (Influence de la saignée et d'un régime débilitant sur le développement de l'enfant pendant la vie intra-utérine. — Insufflation de l'air dans les voies aériennes des enfants en état de mort apparente. — De l'emphysème brusque par rupture des voies aériennes. — Traité théorique et pratique d'auscultation obstétricale. — Plusieurs autres publications.)

DIONIS (1850), D. M. P., à Auxerre, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté. (De la myosite; *Thèse.*)

DUBOIS (ÉMILE) (1847), D. M. P., à Villemomble (Seine); ancien interne.

DUBREUIL (1854), D. M. P., ancien interne. (De l'emploi du caustique Filhos et du nitrate d'argent dans les ulcérations du col de la matrice; *Thèse.* — Mémoire sur les luxations du genou par rotation (avec M. Martellière).

DUCREST, D. M. P., à Chatillon de Michaille (Ain), ancien interne des hôpitaux. (Phlébite cérébrale et méningée chez les femmes en couches. *Arch. de méd.*, 1847. — Recherches sur les abcès multiples. *Mém. de l'Acad. de médecine*, t. XII, 1846.)

DUHAMEL (1848), D. M. P., ancien interne des hôpitaux. (Thèse sur la fièvre puerpérale.)

DUMESNIL, D. M. P., ancien interne. (Thèse sur les urines critiques.)

DUPRÉ, D. M. P., ancien interne des hôpitaux. (Thèse sur le xérosis.)

DURAND-FARDEL, D. M. P., médecin-inspecteur des eaux minérales d'Hauterive-Vichy ; lauréat de l'Académie de médecine. (Du ramollissement du cerveau, 1843. — Traité des maladies des vieillards, 1855. — Traité des eaux minérales de Vichy. — Plusieurs autres publications.)

EAGER, Irlandais (*membre fondateur*), D. M. P.

ESPINE (Marc d'), de Genève (*membre fondateur*), D. M. P., membre du Conseil de santé, médecin des Prisons et de l'Institut des Sourds-Muets du canton de Genève. (Recherches sur le diagnostic des maladies du cœur. — Essai sur cette question : Comment un médecin doit-il penser? Comment doit-il agir? — Recherches sur la menstruation, *Arch. gén. de méd.* — Sur la surdité, *ibid*, 1852. — Recherches sur la mortalité du canton de Genève. — Hygiène des prisons. — Influence de l'aisance et de la misère sur la mortalité, etc., *Annales d'hygiène*. — Plusieurs autres publications.)

FAGET (J.-C.), médecin à la Nouvelle-Orléans, D. M. P., ancien interne des hôpitaux. (Études sur les bases de la science médicale, 1856.)

FAUVEL, médecin des hôpitaux de Paris ; médecin sanitaire et professeur de la Faculté de médecine, à Constantinople ; membre de la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Bronchite capillaire des enfants. *Thèse*, 1840. — Du rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche ; *Arch. gén. de méd.*, 1843. — Du scorbut, *ibid.*, 1847. — Plusieurs autres publications.)

FLEURY, D. M. P., chirurgien de marine de première classe.

GALLARD (1851), D. M. P., interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. (Rédaction des leçons cliniques de M. Valleix, sur les déviations utérines. — Thèse sur le phlegmon péri-utérin, 1855. — Mémoire sur l'emphysème pulmonaire, *Arch. gén. de méd.* — Des hématocèles péri-utérines, *Bull. Soc. anatom.*, 1856. — Plusieurs autres publications.)

GAUTHIER, de Genève (1847), D. M. P., ancien interne. (Tumeurs érectiles. — De l'emploi de l'alun dans les affections du vagin et du col de l'utérus.)

GENDRON, D. M. P., ancien interne des hôpitaux.

GÉRHARD, de Philadelphie, médecin de l'hôpital de Philadelphie. (Plusieurs articles sur les maladies des enfants, dans les journaux d'Amérique. — Traité du diagnostic des maladies des organes renfermés dans la cavité thoracique. — Mémoire sur le *Typhus fever*, dans l'*American Journal*.)

GÉRY (Émile) (1852), D. M. P., ancien interne. (Traitement de la chorée par le chloroforme; *Thèse*, 1855.)

GOMBAUX (1856), interne des hôpitaux.

GOUPIL (Ernest) (1852), à Paris, D. M. P., ancien interne. (De l'anévrysme artérioso-veineux de l'aorte et de la veine cave supérieure; *Thèse*, 1855. — Coup d'œil thérapeutique sur l'épidémie de choléra (1854), en collaboration avec M. le docteur Briquet, *Bulletin de thérapeutique*.)

GRANT, D. M., en Amérique.

GRISOLLE, médecin de l'Hôtel-Dieu; professeur à la Faculté de médecine; membre de l'Académie impériale de médecine, et de la Société médicale des hôpitaux. (Recherches sur la colique de plomb. *Thèse*. — Traité de la pneumonie, 1841. — Recherches sur les accidents saturnins cérébraux. — Phlegmon de la fosse iliaque; *Archives de médecine*. — Des diathèses, 1851. — Traité de pathologie interne, six éditions. — Plusieurs autres publications.)

GUÉNEAU DE MUSSY (Noel), médecin de l'hôpital de la Pitié; professeur agrégé de la Faculté de médecine; membre de la Société médicale des hôpitaux.

GUESNARD, D. M. P., médecin à la Nouvelle-Orléans. (Thèse sur les maladies des enfants, 1837. — Recherches sur les acéphalocystes du cerveau, *Journal hebdomadaire*.)

GUIBOUT (Eugène) (1847), médecin du Bureau central des hôpitaux. (De la nostalgie; *Thèse*.)

HACHE, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chirurgien de l'hôpital d'Etampes. (Mémoire sur la péricardite. — Thèse sur le croup, 1835.)

HÉLIE, D. M. P., ancien interne des hôpitaux.

HENRY (1852), D. M. P., interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux. (Considérations sur l'anévrysme artérioso-veineux. *Thèse*.)

HERPIN, de Genève (1852), D. M. P., à Paris, lauréat de l'Académie des sciences. (Des bains de rivière à basse tempéra-

ture. — Études sur le kermès dans les maladies des voies respiratoires. — Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie. — Du traitement abortif des amygdalites, 1852. — Du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle, 1855. — Du lactate de zinc dans l'épilepsie, 1855, etc.)

HOLMES, de Boston. (Prix sur cette question : « How far are the external means of exploring the condition of the internal organs to be considered useful and important in medical pratice? » — ~~Traduction en anglais des Recherches de M. Louis, sur l'affection typhoïde.~~)

JACKSON, de Boston, Amérique du Nord (*membre fondateur*). (Cases of cholera collected at Paris.) *Décédé.*

JACQUEMIER, D. M. P. (Manuel des accouchements et des maladies des femmes grosses et accouchées. 1846. — De l'auscultation appliquée au système vasculaire des femmes enceintes, *Thèse.*)

JARJAVAY, professeur agrégé et chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hospice des Enfants trouvés, membre de la Société de chirurgie. (Des vaisseaux lymphatiques du poumon. — Aponévroses du périnée. — Traité d'anatomie chirurgicale. — Plusieurs autres publications.)

JOHNSTON, D. M., en Amérique.

JUTEAU (1849), D. M. P., à Chartres; ancien interne. (Des métrorrhagies, *Thèse.*)

KEANE, D. M. P., à New-York.

LAFORGUE, D. M. P., à Toulouse. (Des tumeurs érectiles. *Thèse*, 1841. — Du traitement moral de la folie; *Arch. gén. de méd.* — Abcès de la prostate; *ibid.*)

LANDAU, ex-interne des hôpitaux. (De la pneumonie dans l'épidémie de grippe de 1837, *Archives générales de médecine.*)

LANDOUZY, D. M. P., professeur et directeur de l'École préparatoire de médecine de Reims. (Du varicocèle. — Des revaccinations, Reims, 1840. — Mémoire sur une épidémie de typhus carcéral, 1842. — Mémoire sur l'auscultation et sur un nouveau mode de stéthoscope, 1841. — Traité de l'hystérie, 1846. — De l'affaiblissement de la vue considérée comme symptôme initial de la néphrite albumineuse. Reims, 1849.)

LANDRY (1852), D. M. P., ancien interne. (Mémoire sur les sensa-

tions tactiles; *Arch. de méd.*, 1852. — De la paralysie du sentiment d'activité musculaire: *Moniteur des hôpitaux*, 1854. — Recherches sur les causes et les indications curatives des maladies nerveuses. 1855.)

LEBERT (1847), professeur de pathologie interne et de clinique médicale à l'Université de Zurich, lauréat de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine de Paris. (Physiologie pathologique, 1845. — Traité des maladies scrofuleuses et tuberculeuses, 1849. — Traité des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer, 1851. — Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale, 1855..., avec planches in-fol., gravées et coloriées.)

LEBLED (1844), D. M. P., ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique et lauréat de la Faculté de médecine.

LE DIBERDER, D. M. P., à Lorient. (De la méningite tuberculeuse des adultes, *Thèse.*)

LEFLAIVE (1851), D. M. P., ancien interne. (Thèse sur la grenouillette.)

LEFORT (1855), interne des hôpitaux.

LEGENDRE, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie (Enfants malades); membre de la Société médicale des hôpitaux. (Recherches sur les syphilides. *Thèse.* — Recherches anatomico-pathologiques et cliniques sur les maladies de l'enfance. — Mémoire sur l'apoplexie méningée chez les enfants. *Revue médicale*, 1843. — Symptômes nerveux produits par le tænia. *Arch. de méd.*, 1850. — Herpès de la vulve, *ibid.*, 1853. — Plusieurs autres publications.

LEGUEY, D. M. P., chirurgien militaire. (Recherches sur les bourses synoviales, *Thèse.*)

LEUDET (1846), professeur de clinique interne à l'école préparatoire de Rouen, ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté (prix Montyon, Corvisart et de l'École pratique), lauréat de l'Académie de médecine. (Recherches sur la phthisie aiguë chez l'adulte, *Thèse*, 1851. — Recherches sur les causes des affections organiques du cœur, 1853. — Recherches sur les syphilides; mémoires sur la chorée mortelle, et sur la phlébite de la veine porte, *Arch. de méd.* — Plusieurs autres publications.)

LUYS (1855), interne des hôpitaux.

MARCEL (1844), D. M. P., ancien interne. (De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques, *Thèse*, 1847.)

MARJOLIN (René), chirurgien de l'hôpital Sainte-Eugénie, secrétaire général de la Société de chirurgie.

MARSHALLHALL, de Londres. Essay on some effects of loss of blood, etc. — On the diseases and derangements of nervous system, 1841. — The principles of diagnosis. — Lectures on the nervous system. — Système spinal diastaltique, 1855. — Plusieurs autres autres publications.)

MARTINEZ DEL RIO, professeur d'accouchements à Mexico, D. M. P. (Thèse sur le climat de Naples.)

MARTINS (*membre fondateur*), D. M. P., professeur à la Faculté de médecine de Montpellier. (Classification naturelle des maladies de la peau. — Mémoires sur les syphilides, etc.)

MAUNOIR (Théodore), de Genève (*membre fondateur*), D. M. P. (Essais sur quelques points de l'histoire de la cataracte. *Thèse*. — Plusieurs autres publications.)

MESNET (1851), D. M. P., ancien interne des hôpitaux, (Thèse sur les paralysies hystériques.)

MONTESSUS (de), D. M. P., ancien interne des hôpitaux. (Thèse sur l'épilepsie saturnine.)

NÉLATON, chirurgien des hôpitaux; professeur à la Faculté de médecine; membre de la Société de chirurgie. (Thèse sur l'affection tuberculeuse des os. — Tumeurs de la mamelle, 1839. — Éléments de pathologie chirurgicale. — Plusieurs autres publications.)

NEUCOURT, D. M. P., ancien interne. (Recherches sur l'état du cœur chez les vieillards; *Arch. gén. de méd.* — Mémoires sur les névralgies; *ibid.*)

NORRIS, D. M., chirurgien à l'hôpital de Philadelphie.

NOTTA (1847), D. M. P., chirurgien de l'hôpital de Lisieux, ancien interne des hôpitaux. (Traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente. *Union méd.*, 1847. — Sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies, *Arch. de méd.*, 1854. — Mémoire sur l'oblitération des artères ombilicales, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XIX, 1855. — Plusieurs autres publications.)

NOUFFERT (1845), D. M. P., ancien interne. (Thèse sur la blennorrhagie.)

OULMONT (1844), médecin de l'hôpital Saint-Antoine, membre

de la Société médicale des hôpitaux. (Recherches sur la pleurésie chronique. *Thèse.* — De l'hydropisie de l'amnios. — De l'auscultation de la voix dans les épanchements pleurétiques.)

PARMENTIER (Eugène) (1850), D. M. P. à Paris, ancien interne des hôpitaux, lauréat de la Faculté (École pratique). (Thèse sur la cicatrisation des plaies exposées au contact de l'air, 1854. — Mémoire sur la paralysie du mouvement des membres supérieurs, 1855. — Autres publications.)

PERRET (1854), D. M. P. à Gallardon ; ancien interne. (Thèse sur les rétrécissements inflammatoires du rectum, 1855.)

PERROCHAUD, D. M. P., médecin de l'hospice de Montreuil-sur-mer, ancien interne des hôpitaux de Paris.

PEYROT (*membre fondateur*), D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris.

PIACHAUD (de Genève) (1851), D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris. (Thèse sur les déviations utérines. — Tumeurs fibro-calcaires de l'utérus, 1853.)

PIBERET (1854), D. M. P., ancien interne. (Thèse sur l'encéphalopathie albuminurique, 1855.)

PICARD, D. M. P., à Joigny-sur-Yonne, ancien interne des hôpitaux de Paris.

PIOGEY (1850), D. M. P., à Paris, ancien interne, lauréat de la Faculté. (Sur la scarlatine et l'anasarque scarlatineuse, *Thèse.* — Diagnostic de la gale par l'inspection du sillon à l'œil nu, 1853. — Du charlatanisme médical et des moyens de le réprimer, 1853. — Plusieurs autres publications.)

PROST (1856), interne des hôpitaux.

PONS (1846), D. M. P., ancien interne.

POUMET, D. M. P., à Paris. (Recherches sur l'empoisonnement par les cantharides, *Thèse.* — Mémoire sur la ventilation des hôpitaux ; sur le protochlorure, d'étain *Annales d'hygiène.*)

POWER, D. M., de Baltimore.

RACLE (V.-A.) (1847), médecin du Bureau central des hôpitaux. (Leçons cliniques de M. Bouillaud, sur les affections du cœur. — Traité de diagnostic médical, 1854. — Plusieurs autres publications.)

RATIER, D. M. P., à Paris. (Formulaire des hôpitaux, Matière médicale, etc.)

RIEUX (1845), D. M. P., ancien interne.

RILLIET, D. M. P., à Genève. (De la pneumonie des enfants, Paris. — Traité des maladies des enfants. Paris, 1843 et 1854. En collaboration avec M. Barthez. — Thèse sur la fièvre typhoïde des enfants. — Encéphalopathie albuminurique dans l'enfance, 1853. — Plusieurs autres publications.)

ROCQUE (1856), interne des hôpitaux.

ROGÉE, D. M. P., ancien interne. (Sur la curabilité de la phthisie; *Arch. gén. de méd.*) *Décédé.*

RUFZ, D. M. P., agrégé libre de la Faculté de médecine de Paris, médecin à la Martinique. (Recherches sur l'hydrocéphale aiguë, etc. *Thèse.* — Fièvre typhoïde des enfants, *Archives générales de médecine.* — Affections douloureuses du sein, guéries par la section sous-cutanée, *ibid.*, 1843. — Mémoire sur les empoisonnements pratiquées par les Nègres dans les colonies, 1844. — Mémoire sur les aliénés à la Martinique, *Annales d'hygiène*, 1856. — Recherches sur la phthisie à la Martinique, *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1843, t. X. — Enquête sur le serpent. — Plusieurs autres publications.)

SABATIER, D. M. P., ancien interne des hôpitaux. (Mémoire sur la révulsion. — Thèse sur l'hydropisie comme symptôme des maladies des reins, etc.) *Décédé.*

SAINET (1846), D. M. P., ancien interne.

SAINT-LAURENT (de), médecin du Bureau central des hôpitaux. (Thèse sur les érosions et ulcérations simples de l'utérus. — Effets du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement de la fièvre typhoïde; *Arch. gén. de méd.*, 1842.)

SALNEUVE (1852), D. M. P., ancien interne. (De la valeur séméiologique des affections ganglionnaires, *Thèse.*) *Décédé.*

SCHNEPF (1854), D. M. P., ancien interne des hôpitaux, lauréat de l'Académie de médecine, médecin adjoint de Sainte-Barbe. (Des aberrations du sentiment, *Thèse*, 1855. — Plusieurs autres publications.)

SÉE (Marc) (1852), ancien interne des hôpitaux, aide d'anatomie à la Faculté de médecine. (Traduction des Éléments d'histologie humaine de Kölliker, 1856. — Autres publications.)

SESTIER, de Genève (*membre fondateur*), professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, ancien chef de clinique de l'Hôtel-Dieu, lauréat de l'École pratique. (Traité de l'an-

gine laryngée œdémateuse, 1852. — Plusieurs autres publications.)

SHATTUCK, D. M., à Boston. (Traduction anglaise des Recherches sur la fièvre jaune de Gibraltar, par M. Louis. Boston, 1839.)

STEWARDSON, de Philadelphie, D. M. (Recherches sur la fièvre rémittente.)

STILLÉ, D. M., à Philadelphie.

TAUPIN, D. M. P., à Paris. (De la fièvre typhoïde chez les enfants; *Journal des connaissances médico-chirurgicales*. — Recherches sur la stomatite gangréneuse, *ibid.*)

THÉVENIN, D. M. P., ancien interne des hôpitaux de Paris.

THOMPSON, de Londres, D. M. (Travaux sur l'anatomie générale, présentés à l'Institut et l'Académie de médecine. — Recherches sur le périnée, la région inguinale, etc.)

TOUTÉE (1850), D. M. P., ancien interne des hôpitaux.

VALLEIX, médecin de l'hôpital de la Pitié, membre de la Société médicale des hôpitaux de Paris. (Clinique des maladies des enfants nouveau-nés, 1838. — Traité des névralgies, 1841. — Mémoire sur l'œdème de la glotte, *Mémoires de l'Acad. de médecine*, 1845. — Guide du médecin praticien ou résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées. Trois éditions. — Leçons sur les déviations utérines. — Plusieurs autres publications.) *Décédé.*

VALUDE, D. M. P., ancien interne.

VANIER, D. M. P., ancien interne.

VERNOIS, médecin de l'hôpital Necker, médecin consultant de l'Empereur, membre de la Société médicale des hôpitaux et du Conseil d'hygiène publique et de salubrité. (Analyse de la matière médicale d'Hahnemann. — Études pour servir à l'histoire du bruit des artères, *Thèse*. — De l'état fébrile chronique, 1838. — Du sucre du foie, et des modifications que ce principe subit dans les maladies, *Arch. gén. de médecine*, 1853. — De la composition du lait. — Plusieurs autres publications.)

VIALLET (1846), ancien interne lauréat des hôpitaux.

VINACHE, D. M. P., ancien interne.

VINET (1847), D. M. P., ancien interne. (Thèse sur le traitement du rhumatisme par le sulfate de quinine.)

VIVIER (1850), D. M. P., ancien interne des hôpitaux.

VOILLEMIER, chirurgien de l'hôpital La Riboisière ; professeur agrégé à la Faculté de médecine. (De la fièvre puerpérale ; *Journal des connaissances médico-chirurgicales.* — Mémoire sur les luxations du poignet, *Arch. gén. de méd.* — Mémoire sur les fractures du radius, *ibid.* — Plusieurs autres publications.)

WALSHE, professeur de médecine clinique à l'Université de Londres. —(The physical diagnosis of diseases of the lungs, 1843. — A practical treatise on the diseases of the lungs, heart and aorta, 1854. — Traduction en anglais des Recherches de M. Louis, sur la phthisie, dans le premier volume des Mémoires de la Société Sydenham.)

WOILLEZ, médecin du Bureau central; membre de la Société médicale des hôpitaux. (Thèse sur les déformations thoraciques, etc. — Recherches sur l'inspection et la mensuration de la poitrine. Paris, 1838. — Mémoires sur la guérison des perforations pulmonaires tuberculeuses, 1853. — De la congestion pulmonaire considérée comme élément habituel des maladies aiguës; 1854. —Études sur les bruits de percussion thoracique, 1855, *Arch. génér. de méd.* — Plusieurs autres publications.)

ZAMBACO (1854), interne des hôpitaux.

MÉMOIRES

DE LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE

D'OBSERVATION.

I

DE LA COÏNCIDENCE

DU RHUMATISME ARTICULAIRE

ET DES MALADIES DU CŒUR,

PAR F.-L.-I. VALLEIX.

AVERTISSEMENT.

La valeur des bruits anormaux du cœur observés dans le cours du rhumatisme articulaire aigu étant très diversement appréciée par les médecins et rien de précis n'ayant été publié sur ce point, la Société fit, il y a quelques années, appel à ses membres, afin de réunir un nombre suffisant de faits bien observés, dans le but d'éclairer cette question. Ces faits furent communiqués à la Société par plusieurs de ses membres, et M. Fauvel, qui en avait fourni un grand nombre, fut chargé d'en faire l'analyse

et d'en consigner le résultat dans ce troisième volume de mémoires que nous publions aujourd'hui. M. Fauvel avait commencé ce travail, lorsque sa nomination à l'emploi de médecin sanitaire du gouvernement français à Constantinople le força à l'abandonner. Pendant plusieurs années, il n'a été possible à aucun de nous de le reprendre. Il y a quelques mois seulement que la Société m'a confié cette tâche; je l'ai accomplie aussi bien qu'il m'a été possible, regrettant que M. Fauvel, à qui la question était familière et qui avait tant multiplié les observations pour la résoudre, n'ait pas pu pousser son travail jusqu'au bout.

VALLEIX.

Paris, 20 août 1853.

PREMIÈRE PARTIE.

DES BRUITS ANORMAUX DU COEUR ET DE LEUR VALEUR DANS LE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Il est peu de questions qui, dans ces dernières années, aient fourni matière à controverse à un plus haut degré que celle de la valeur des bruits anormaux du cœur dans le rhumatisme articulaire et des rapports de cause à effet de cette maladie avec les affections de l'organe central de la circulation. Déjà quelques auteurs, et principalement Sydenham et M. Chomel avaient indiqué la coïncidence de certaines affections du cœur et du rhumatisme articulaire, lorsque M. Bouillaud la signala d'une manière plus particulière, lui donnant une signification précise, et établissant d'après les faits qu'il avait observés la proportion des cas dans lesquels elle se manifeste. Dans de nombreuses publications qui ont suivi le *Traité clinique des maladies du cœur* et les *Recherches sur le rhumatisme articulaire* de ce médecin, lui et ses élèves se sont attachés à démontrer l'exactitude de ses premières propositions, qui ont été contestées par d'autres, sans qu'on ait opposé aux faits qu'il avait cités d'autres faits en assez grand nombre et pris indistinctement dans une période de temps suffisante. C'est pour la solution de cette importante question que les faits dont nous allons donner l'analyse ont été rassemblés. Ils ont été recueillis par MM. Cossy, de Castelnau, Barth, Barthez, Noël Guéneau de Mussy et Fauvel. Ces médecins ont apporté dans l'examen de ces faits la plus grande attention, et leur habileté est trop connue pour qu'il soit nécessaire de la rappeler ici.

CHAPITRE PREMIER.

BRUITS ANORMAUX DU CŒUR DANS LES CAS DE RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Le nombre des cas de rhumatisme articulaire aigu, recueillis par les observateurs cités plus haut, est le suivant :

MM. Cossy.	51
De Castelnau.	40
Barth.	36
Barthez.	15
N. Guéneau de Mussy. . .	31
Fauvel.	41
Total. . .	214

En outre, M. Fauvel a recherché les bruits anormaux du cœur chez tous les malades qui se sont présentés dans le service auquel il était attaché, du 1er novembre 1842 au 10 mars 1843, quelle que fût la maladie dont ils étaient atteints, et chez la plupart de ceux qui sont entrés du 10 mars au 1er novembre 1843. Ces derniers faits nous permettront de comparer le rhumatisme articulaire avec les autres maladies sous le rapport de l'existence des bruits anormaux du cœur. Voyons d'abord ce qui s'est passé dans les 214 cas de rhumatisme articulaire aigu.

ARTICLE PREMIER. — PROPORTION DES BRUITS DU CŒUR DANS LE RHUMATISME.

Si nous prenons ces cas de rhumatisme sans tenir compte de leur plus ou moins grande gravité, nous arrivons au résultat indiqué dans le tableau suivant.

TABLEAU I.

Faits appartenant à MM.	Rhumatisme articulaire aigu.	Bruit anormal.
Cossy.	51	13
De Castelnau..	40	10
Barth.	36	14
Barthez.	15	8
N. Guéneau de Mussy.	31	11
Fauvel.	41	21
Totaux. . .	214	77 ou 1/3 environ.

C'est donc, sur le nombre total de 214, un peu plus du tiers des sujets qui a présenté un bruit anormal à la région précordiale, pendant la durée du rhumatisme articulaire aigu.

On remarque néanmoins, dans le tableau précédent, que cette proportion a varié dans les faits recueillis par les divers observateurs. Ainsi nous trouvons :

TABLEAU II.

Faits appartenant à MM.	Proportion des cas où l'on a trouvé les bruits anormaux.
Cossy.	0,25 ou environ 1/4
De Castelnau.	0,25 — 1/4
Barth.	0,38 — 1/2
Barthez.	0,53 — 1/2
Fauvel.	0,51 — 1/2
N. Guéneau de Mussy.	0,35 — 1/3

On voit par ce tableau, dans lequel nous avons cru devoir négliger de très légères fractions qui auraient rendu les résultats moins facilement saisissables, que la pro-

portion a flotté entre 1/4 et 1/2 ; or, le nombre trop restreint de chaque catégorie de faits, étudiée en particulier, rend parfaitement compte de cette fluctuation, et les limites dans lesquelles elle a eu lieu prouvent bien que cette proportion moyenne de 1/3, qui a été trouvée dans la totalité des cas, peut être regardée comme la véritable.

Si maintenant nous rapprochons de ces résultats généraux ceux qu'a obtenus M. Bouillaud, nous trouvons ce qui suit : D'une *première série* de 20 cas indiqués dans l'ouvrage intitulé : *Nouvelles recherches sur le rhumatisme articulaire aigu*, il ressort que l'état anormal des bruits du cœur, qui, suivant cet auteur, indique une inflammation rhumatismale de l'organe, s'est montré 15 fois d'une manière évidente et 1 fois d'une manière douteuse. Dans une *seconde série* de 27 cas, étudiée dans la *Clinique médicale de la Charité* (t. II, p. 408 et suiv.), l'état anormal a été noté 10 fois seulement. Enfin, dans un résumé général de 114 faits donné par M. Bouillaud, on trouve 65 cas d'état anormal certain et 3 cas douteux, d'où le tableau suivant :

TABLEAU III.

Faits de M. Bouillaud.	Proportion de l'état anormal.
Première série.	Environ 3/4
Deuxième série.	— 1/3
Résumé général.	— 2/3 (1)

(1) En tenant compte des 3 cas douteux, un peu moins en les supprimant.

Remarquons d'abord que dans ce tableau la fluctuation de la proportion est plus grande que dans le tableau

nº II. On ne peut donc pas dire que celle-ci dépendait des méthodes d'exploration, puisqu'on la retrouve dans les faits observés par le même médecin. C'est bien, comme nous le disions plus haut, au nombre trop restreint de ces faits dans les diverses catégories, qu'il faut la rapporter.

Quant à la différence qui existe entre le résultat général obtenu par M. Bouillaud et celui que nous avons trouvé dans le tableau nº I, elle est notable. Je me borne à la constater ici, le moment n'étant pas encore venu d'en rechercher les causes.

ART. II. — PROPORTION DES BRUITS ANORMAUX SUIVANT LA GRAVITÉ DU RHUMATISME.

M. Bouillaud ne s'est pas contenté de rechercher la proportion des signes qu'il regarde comme caractéristiques d'une inflammation rhumatismale du cœur, dans les faits considérés en masse ; il a encore établi des catégories suivant que les cas étaient graves ou légers, fébriles ou non fébriles, et voici les résultats auxquels il est arrivé :

TABLEAU IV.

Faits de M. Bouillaud.			Nombre des cas où existaient des signes d'inflammation.	Proportion.
1re série : 20 cas.	1re catégorie. Cas graves, fébriles ou récidives. .	16	15	0,93 ou la presque totalité.
	2e catégorie. Cas légers, non fébriles. . . .	4	0	0
2e série : 27 cas.	1re catégorie. Cas graves, fébriles. . . .	12	10	0,83 ou plus des 3/4.
	2e catégorie. Cas légers, peu ou point de fièvres.	15	0	0
Résumé général : 114 cas.	1re catégorie. Cas graves, fébriles. . . .	74	67	0,90 ou plus des 4/5.
	2e catégorie. Cas légers, peu ou point de fièvre.	40	1	1/40.

Il résulte de ce tableau : 1° que c'est dans les cas graves, fébriles, dans lesquels le rhumatisme était généralisé, que se trouvaient presque toutes les coïncidences d'inflammation rhumatismale du cœur reconnues par

M. Bouillaud. Voyons maintenant, en suivant les mêmes divisions, ce qui s'est passé dans ceux que nous analysons.

TABLEAU V.

Faits de M. Cossy.			Nombre des cas qui présentaient des bruits anormaux.	Proportion.
51 cas.	1re catégorie. Cas graves, fébriles. . . .	37	13	0,35 ou environ 1/3.
	2e catégorie. Cas légers, peu ou point de fièvre.	14	0	0

TABLEAU VI.

Faits de M. de Castelnau.			Nombre des cas qui présentaient des bruits anormaux.	Proportion.
40 cas.	1re catégorie. Cas graves, fébriles. . . .	33	10	0,30 ou moins du 1/3.
	2e catégorie. Cas légers, peu ou point de fièvre.	7	0	0

TABLEAU VII.

Faits de M. Barth.			Nombre des cas qui présentaient des bruits anormaux.	Proportion.
36 cas.	1re catégorie. Cas graves, fébriles. . . .	29	14	0,48 ou 1/2.
	2e catégorie. Cas légers, peu ou point de fièvre.	7	0	0

TABLEAU VIII.

Faits de M. Barthez.			Nombre des cas qui présentaient des bruits anormaux.	Proportion.
15 cas.	1re catégorie. Cas graves, fébriles. . . .	10	7	0,70 ou 2/3.
	2e catégorie. Cas légers, peu ou point de fièvre.	5	1	0,20 ou 1/5.

TABLEAU IX.

Faits de M. Fauvel.		Nombre des cas qui présentaient des bruits anormaux.	Proportion.
41 cas.	1re catégorie. Cas graves, fébriles. . . . 35	21	0,60 ou 2/3.
	2e catégorie. Cas légers, peu ou point de fièvre. 6	0	0

TABLEAU X.

Faits de M. N. Guéneau de Mussy.		Nombre des cas qui présentaient des bruits anormaux.	Proportion.
31 cas.	1re catégorie. Cas graves, fébriles. . . . 19	8	0,42 ou moins de la moitié.
	2e catégorie. Cas légers, peu ou point de fièvre. 12	3	0,25 ou 1/4.

Ces tableaux particuliers nous montrent encore un exemple de la variabilité nécessaire des résultats qui découlent des faits en nombre trop limité. Il se peut

aussi que dans l'appréciation de la gravité des faits il y ait eu quelque différence de la part des observateurs. On sait, en effet, que rien n'est plus difficile, pour ne pas dire impossible, que d'avoir une notion exacte de cette gravité, et quand il ne s'agit que de nuances, on peut placer les faits dans telle ou telle catégorie suivant certaines impressions dont on ne peut se défendre; mais cette observation ne peut porter que sur un très petit nombre de cas particuliers, et les résultats généraux ne sauraient en être sensiblement altérés. Voyons maintenant ce que nous apprendra l'examen de tous ces faits réunis :

TABLEAU XI.

Tous les faits réunis.			Nombre des cas qui présentaient des bruits anormaux.	Proportion.
214 cas.	1re catégorie. Cas graves, fébriles. . . .	163	73	0,44 ou un peu plus de 3/7.
	2e catégorie. Cas légers, peu ou point de fièvre.	51	4	0,07 ou moins de 1/12.

On voit par les tableaux particuliers V, VI, VII, VIII, IX, X, et par le tableau général XI, qui les résume, que dans les faits que nous analysons, comme dans ceux de M. Bouillaud, c'est dans les cas aigus, intenses, fébriles, que se sont montrées presque toutes les coïncidences de bruits anormaux. Mais la proportion est bien différente,

car dans les faits cités par M. Bouillaud elle est des 4/5, tandis que dans ceux que nous analysons elle n'est que d'un peu plus des 3/7. Quant à la différence qui existe entre les cas légers, 1/40 d'autre part, et 1/12 de l'autre, il a fallu un si petit nombre de cas particuliers pour la produire, qu'on peut sans crainte la négliger.

Ainsi voilà un premier résultat : le nombre des cas de rhumatisme articulaire aigu dans lesquels on entend des bruits anormaux à la région du cœur a été, dans les faits que nous analysons, notablement moins considérable que celui qu'avait trouvé M. Bouillaud. Quelle est la cause de cette différence ? C'est ce que nous verrons plus loin. Nous avons maintenant à rechercher quelle est la valeur de ces bruits anormaux et s'il faut, dans tous les cas, leur donner la signification que leur donne M. Bouillaud. Examinons sous ce nouveau point de vue les faits que nous possédons.

ART. III. — VALEUR DES BRUITS ANORMAUX DU CŒUR DANS LE RHUMATISME.

Si nous examinons d'abord les faits recueillis par M. Cossy, nous trouvons que ces bruits anormaux qui ne se sont montrés que dans treize cas parmi les plus intenses, consistaient, dans dix, en un bruit de souffle faible, doux, voilant à un degré médiocre une partie du premier bruit normal ou le prolongeant légèrement. Chez aucun de ces sujets il n'y avait la moindre trace de douleur à la région précordiale ; la matité n'était nullement augmentée ; il n'y avait, en un mot, aucun autre phénomène qui pût faire soupçonner que le cœur était malade.

En descendant davantage dans le détail de ces faits, on apprécie mieux encore leur véritable valeur. Dans deux cas le bruit de souffle qu'on entendait au cœur s'entendait également dans les carotides, et même, chez

un sujet, il était plus fort dans les artères. Chez neuf sujets sur dix, le bruit du souffle fut constaté après des saignées plus ou moins copieuses (de deux à quatre) et chez trois d'entre eux, en particulier, on nota que le bruit de souffle n'apparut qu'après les saignées.

Dans les trois autres cas, il y eut un bruit de cuir neuf une fois, un bruit de frottement léger une fois, et enfin une matité légèrement augmentée une fois. Les autres signes de la péricardite manquèrent. L'observateur est même resté dans le doute, relativement à l'existence de la péricardite chez le troisième sujet qui n'avait qu'une légère augmentation de la matité, et ce doute sera partagé par tout le monde.

Nous trouvons donc dans ces treize cas:

TABLEAU XII.

Bruit de souffle. 1er temps.		Bruit de souffle, Carotides.	Bruit de frottement.	Bruit de cuir neuf.	Matité augmentée.
léger.	fort.				
10	0	2	1	1	1

Nous nous contentons d'ajouter, pour compléter les renseignements, que dans un cas, non seulement il n'est rien survenu du côté du cœur, bien que le rhumatisme fût assez intense; mais encore que des palpitations qui existaient auparavant ont complétement disparu pendant la maladie articulaire.

Les faits recueillis par M. de Castelnau, examinés sous les mêmes points de vue, nous donnent les résultats suivants:

1° Chez quarante sujets, dix seulement affectés d'un rhumatisme articulaire intense ont présenté des symptômes qu'on aurait pu rapporter à une affection du cœur.

2° Sur ce nombre, six présentaient un bruit de souffle doux, à la fin du premier temps, sans douleur, sans matité augmentée à la région précordiale, sans aucun autre symptôme de maladie du cœur.

3° Quatre fois sur ces six cas, le bruit de souffle avait été constaté après des saignées copieuses, et trois fois, on s'était bien assuré qu'il n'existait pas auparavant.

4° Dans un cas même, le bruit de souffle qui s'était d'abord montré, se dissipa pendant quatre jours, se reproduisit après trois saignées copieuses et se prolongea dans l'aorte.

5° Chez les quatre autres sujets, il y eut : péricardite évidente caractérisée par une voussure, la matité augmentée, la douleur, etc., une fois; péricardite évidente et endocardite douteuse, une fois; palpitations violentes, avec bruit de souffle très rude au premier temps deux fois; mais il existait chez ces deux derniers sujets une affection du cœur antérieure au rhumatisme, et après le rhumatisme, les choses restèrent dans le même état, en sorte qu'on ne peut attribuer aucune influence, dans ces deux cas, à cette dernière maladie.

On peut résumer ces détails comme il suit:

TABLEAU XIII.

Bruit de souffle. 1er temps.		Bruit de souffle dans l'aorte.	Signes de péricardite.	Signes de maladies antérieures du cœur.
léger.	fort.			
6	2	1	2	2

Nous mentionnerons seulement deux sujets dont l'un avait avant le rhumatisme des palpitations qui disparurent comme dans le cas cité par M. Cossy, et dont l'autre eut, pendant le cours de la maladie articulaire, de l'irrégularité des bruits du cœur, sans aucun autre symptôme, irrégularité qu'on ne pouvait évidemment pas attribuer à une inflammation du cœur.

Dans les faits observés par M. Barth, et dont quatorze seulement sur trente-six ont présenté des altérations des bruits normaux, nous constatons d'abord que huit fois il existait seulement un bruit de souffle léger, au premier temps, sans aucune douleur péricordiale, sans matité augmentée, sans aucun autre signe de maladie du cœur. Un seul sujet avait des palpitations et un peu d'oppression ; mais ces symptômes, qui existaient depuis le jeune âge, n'avaient pas changé de caractère pendant le rhumatisme. Chez tous ces malades il avait été pratiqué d'une à trois saignées quand le bruit de souffle fut constaté, mais les observations ne nous apprennent pas si ce bruit de souffle existait ou non avant les saignées. Chez deux malades ce bruit de souffle persistait à l'époque de leur sortie; mais il n'avait pris aucun caractère grave et ne s'accompagnait d'aucun symptôme d'affection du cœur.

Chez les six autres sujets, les altérations des bruits et les autres symptômes du côté du cœur avaient une tout autre importance. Chez trois de ces sujets il y avait un bruit de souffle double; deux d'entre eux offraient à la fois les signes d'une hypertrophie du cœur et d'une péricardite, et tous trois avaient une altération évidente de l'orifice aortique. Dans les trois autres cas il y avait, chez un sujet, une endopéricardite caractérisée par la matité augmentée, avec un bruit de frottement et de souffle au deuxième temps; chez le second une péricardite (matité augmentée, frottement, voussure) et chez le troisième, un bruit râpeux au premier temps, avec matité

augmentée, phénomènes qui disparurent dans la convalescence et qu'on peut rapporter à une inflammation du cœur.

Il suit de là que chez 5 sujets il y a eu des signes réels de maladie du cœur survenue dans le cours du rhumatisme. Voici, du reste, le résumé de ces faits.

TABLEAU XIV.

Bruit de souffle. 1er temps.		Bruit de souffle au 2e temps.	Bruit de souffle double		Péricardite.	Endocardite.	Maladies antérieures du cœur.
léger.	fort.		léger.	fort.			
6	1	1	0	4	4	5	3

Dans les faits recueillis par M. Barthez, nous trouvons pour la première fois un cas aigu, non fébrile, dans lequel on a constaté un bruit de souffle. Ce bruit très doux occupait le premier temps, se faisait entendre à la pointe du cœur, et disparut au bout de huit jours sans s'être accompagné d'aucun autre symptôme de maladie du cœur. Chez 4 autres sujets sur 15 dont M. Barthez a recueilli les observations, le rhumatisme était intense. Chez tous les quatre le bruit de souffle léger, occupant le premier temps, exista seul sans matité augmentée, ni douleur, ni rien qui fît croire à une maladie du cœur. Deux fois il fut constaté que ce bruit n'existait pas avant les saignées. Il persista dans la convalescence, sans changer de caractère, chez 2 sujets, et une fois se prolongea dans les carotides.

Dans 2 cas le bruit occupant le premier temps fut plus intense et put être attribué à une maladie antérieure du cœur; mais dans un troisième, le bruit rude

parut devoir être rapporté à une légère endocardite, bien qu'il n'existât aucun autre signe de cette maladie. Le tableau suivant donne le résumé de ces faits.

TABLEAU XV.

Bruit de souffle. 1er temps.		Endocardite.	Maladies antérieures du cœur.	Bruit dans les carotides.
léger.	fort.			
5	3	1	2	1

Nous avons vu que, dans les cas rassemblés par M. Fauvel, 21 sujets parmi ceux qui avaient eu le rhumatisme le plus intense avaient présenté un bruit anormal du cœur. Or, sur ce nombre, 16 présentèrent un simple bruit de souffle au premier temps, et chez 2 seulement il était un peu rude. Ce symptôme ne s'accompagna d'aucun autre signe de maladie du cœur; il disparut chez tous ces sujets avant la sortie des malades, et fut constaté après une ou plusieurs émissions sanguines. Chez 2 autres sujets, il y avait des signes d'une maladie antérieure du cœur, qui ne parut pas augmenter pendant la durée du rhumatisme, et chez 3, il y eut un bruit de frottement péricarditique. Ces faits sont résumés dans le tableau suivant.

TABLEAU XVI.

Bruit de souffle. 1er temps.		Péricardite.	Maladies antérieures du cœur.
léger.	fort.		
14	2	3	2

Les faits recueillis par M. Noël Guéneau de Mussy nous donnent des résultats analogues. Nous avons vu plus haut, que ce médecin a trouvé un bruit anormal dans 11 cas seulement sur 31 qui ont été soumis à son observation. De ces 11 cas 8 étaient intenses et 3 légers. Dans ces 3 derniers cas, il n'y avait qu'un bruit de souffle très léger, doux, au premier temps, et ce bruit a disparu dans la convalescence. Dans 3 des 8 autres cas, les choses se passèrent absolument de la même manière, et dans aucun il n'y eut le moindre symptôme de maladie du cœur tel que douleur, oppression, matité à la région péricordiale, etc. Un septième cas était absolument identique, si ce n'est que le bruit de souffle était un peu plus fort. Il faut remarquer en outre que, dans 7 cas, c'est après une ou plusieurs saignées que le bruit de souffle apparut; que dans un il fut bien constaté que ce bruit n'existait pas avant, et que dans deux on entendait des bruits chlorotiques dans les artères.

Restent 4 cas dont 1 présenta un bruit râpeux, chez un sujet chlorotique, mais sans autre symptôme d'affection du cœur; ce bruit se produisit après deux saignées, il avait été constaté qu'il n'existait pas avant, et il disparut dans la convalescence.

Chez un autre sujet, également chlorotique, il y eut un bruit de souffle fort et une matité de trois pouces de diamètre à la région précordiale. Un autre, avec un bruit de souffle également fort, avait une matité de deux pouces et une légère douleur précordiale. Enfin, chez un dernier, le bruit de souffle était double, mais il existait une maladie du cœur antérieure. Résumons ces faits dans un dernier tableau partiel.

TABLEAU XVII.

Bruit de souffle double.	Bruit de souffle. 1er temps.			Symptômes de péricardite.	Maladies antérieures du cœur.	Bruit de souffle dans les carotides.
	léger.	fort.	râpeux.			
1	6	3	1	2	1	2

Si maintenant nous réunissons tous ces tableaux partiels dans un tableau général, nous trouvons ce qui suit :

TABLEAU XVIII (1).

Bruit de souffle. 1er temps.			Bruit de souffle double.		Bruit de souffle dans les carotides.	Signes de péricardite.	Maladies antérieures du cœur.	Signes d'endocardite.	Bruit de souffle au 2e temps.	Bruit de souffle dans l'aorte.
léger.	fort.	râpeux.	léger.	fort.						
49	12	3	1	4	5	14	10	6	1	1

(1) On ne doit pas chercher dans l'addition de tous ces chiffres le nombre total des cas dans lesquels il existait des bruits anormaux du cœur ; on le trouverait plus considérable, parce que, dans plusieurs cas, il existait en même temps plusieurs des signes indiqués dans ce tableau.

Il importe de joindre à ce tableau un résumé des faits envisagés sous un autre point de vue; c'est celui de la non-concomitance des bruits anormaux avec les autres signes des maladies du cœur. Le tableau suivant les fera connaître.

TABLEAU XIX.

Bruit de souffle au 1er temps, léger ou fort, mais sans aucun autre symptôme de maladie du cœur.			Constaté après une ou plusieurs saignées.	N'existant pas avant la saignée.
Faits de MM.	Cossy. . .	10	9	3
—	de Castelnau	6	4	3
—	Barth. . .	8	8	0
—	Barthez. .	5	0	2
—	Fauvel. . .	16	0	0
—	G. de Mussy	8	8	2
	Total. .	53	29	10

Si l'on a suivi attentivement les détails précédents, on verra qu'on ne peut en aucune manière rapporter à une maladie du cœur le bruit de souffle qui fut constaté chez les 53 sujets mentionnés dans le tableau précédent. Chez aucun d'eux, en effet, on n'observa pendant toute la durée du rhumatisme, ou après, aucun autre symptôme indiquant une lésion quelconque de cet organe. De plus, chez 29 d'entre eux, chez lesquels on nota l'époque à laquelle le bruit de souffle fut constaté, on trouva que c'était après une ou plusieurs saignées, et dans 10 cas qui purent être examinés avant qu'aucune saignée fût pratiquée, on vit que ce souffle, qui n'existait pas, se produisit après les saignées.

ART. IV. — PROPORTION DES COÏNCIDENCES DES INFLAMMATIONS RÉELLES DU COEUR DANS LE RHUMATISME.

Le nombre des sujets qui, sur les 214 dont nous avons les observations, ont présenté des bruits anormaux du cœur, étant de 77, il en résulte, après avoir retranché ces 53, que 24 seulement peuvent être considérés comme présentant une véritable maladie du cœur. Sur ces 24 sujets, 14 eurent une péricardite quelquefois si légère qu'elle parut douteuse, mais que nous avons voulu compter néanmoins dans notre tendance à augmenter plutôt qu'à diminuer le nombre des coïncidences. 6 autres avaient une endocardite qui, chez 2 d'entre eux ne fut caractérisée que par la douleur jointe à un bruit de souffle un peu fort. Enfin 10 avaient une maladie du cœur antérieure au rhumatisme. Ces trois nombres dépassent le chiffre de 24 indiqué plus haut, parce que 4 des sujets qui avaient une maladie antérieure présentèrent en même temps une péricardite ou une endocardite aiguë survenue pendant le rhumatisme, ce qui réduit à 6 ceux qui ne présentèrent que des signes d'une affection organique antérieure.

En dernière analyse, 24 sujets seulement sur 214 ont offert des symptômes qu'on pouvait rapporter à une affection du cœur, ce qui nous donne comme proportion *un neuvième, moins une fraction*, pour les péricardites et les endocardites réunies ; *un quinzième environ* pour les péricardites seules, et un *trente-cinquième environ seulement* pour les endocardites seules. Nous avons donc :

TABLEAU XX.

Maladies rhumatismales du cœur.	Proportion des cas.
Endocardites et péricardites réunies.	0,11 ou 1 sur 9
Péricardites seules.	0,06 ou 1 sur 15
Endocardites seules.	0,02 ou 1 sur 35

Mais nous avons vu plus haut que c'est particulièrement et presque uniquement dans les cas graves et fébriles de rhumatisme articulaire aigu que M. Bouillaud a trouvé la coïncidence du rhumatisme et des inflammations rhumatismales du cœur. N'ayons donc égard qu'aux graves, qui sont, comme on sait, au nombre de 163 et sur lesquels 20 ont présenté des signes plus ou moins certains d'une affection aiguë du cœur; nous avons la proportion générale suivante : 1 *cas sur* 8. Or, il y a bien loin de cette proportion à celle qu'a indiquée M. Bouillaud (1), puisque cet auteur, dans son résumé général, a trouvé que l'inflammation rhumatismale se montre chez les sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu violent deux fois sur trois. Quelle est donc la cause d'une aussi grande dissemblance dans les résultats ?

Il serait très facile de traiter cette question, si M. Bouillaud avait, comme nous l'avons fait plus haut, donné exactement les signes qui dans tous les cas lui ont fait reconnaître une endocardite; il ne s'agirait plus en effet alors que de discuter le diagnostic. Mais il n'en est pas ainsi : cet auteur se contente de dire que l'endocardite existait, sans nous apprendre quels sont les phénomènes qui lui ont fait reconnaître son existence.

(1) Voyez Tableau III, page 6.

Dans cet état des choses nous devons nécessairement rechercher dans les observations particulières, rapportées par M. Bouillaud, quelles sont les bases de son diagnostic, car c'est le seul moyen de lever la difficulté.

Or, si nous prenons une de ces observations intitulées: *Rhumatisme articulaire aigu généralisé avec coïncidence d'endocardite* (1), nous trouvons ce qui suit : « Point de douleur dans la région précordiale, dont la matité n'est pas notablement plus étendue qu'à l'état normal ; battements du cœur plus forts qu'à l'ordinaire, un peu profonds, un peu durs et secs vers la pointe ; bruit de soufflet distinct au premier temps dans la région des cavités gauches et droites, offrant son maximum d'intensité vers la partie inférieure du sternum, s'entendant d'ailleurs jusqu'à la partie supérieure de la poitrine ; point de souffle dans les carotides. » Et plus loin : « Il existe toujours un bruit de frottement assez fort (bruit de soufflet râpeux) dans la région des cavités gauches, vers l'orifice aortique. » Pas d'autres symptômes.

Ainsi ces signes paraissent suffisants à M. Bouillaud pour admettre l'existence d'une inflammation de la membrane interne du cœur. Or, nous ne croyons pas que ce diagnostic soit accepté par la très grande majorité des médecins ; car, à l'exception d'un bruit de souffle qui, isolé, n'a pas de valeur réelle, que trouvons-nous ? Des battements un peu profonds, un peu durs et secs, nuances légères et qu'il n'est pas étonnant de rencontrer dans une affection fébrile comme le rhumatisme articulaire aigu. Peut-on fixer son diagnostic avec de pareils symptômes ?

Maintenant, si nous ajoutons que M. Bouillaud regarde ce cas d'endocardite comme d'une certaine intensité, qu'il admet des cas beaucoup plus légers (obs. VI, VII, VIII),

(1) Clinique médicale de l'hôpital de la Charité, 1837, chap. XII, *Rhumatisme articulaire*, obs. V, t. II, p. 441.

on sera convaincu que cette immense proportion de coïncidences d'inflammation du cœur qu'il a trouvée dans le rhumatisme articulaire aigu vient précisément de ce qu'il a regardé comme des endocardites ces cas de bruit de souffle simple que toutes les considérations nous ont déterminé à regarder comme causés par les saignées et par un commencement d'anémie.

Quant à la proportion si différente de ces bruits anormaux, quelle que soit leur valeur, dans les cas de M. Bouillaud et dans ceux que nous devons aux autres observateurs, ne s'explique-t-elle pas maintenant, avec la plus grande facilité, par la différence des traitements? Les saignées si nombreuses, pratiquées par M. Bouillaud, ne sont-elles pas la seule et unique cause de ce grand nombre de bruits anormaux qu'il observe chez ses malades? Il ne nous paraît pas possible de répondre autrement que par l'affirmative.

Il est une question pratique qui trouve naturellement sa place ici et que nous ne pouvons nous dispenser de traiter. Ce n'est pas seulement pour dissiper rapidement le rhumatisme articulaire que M. Bouillaud emploie ses saignées multipliées et rapprochées, c'est encore pour s'opposer à l'invasion de l'inflammation du cœur et pour en triompher lorsqu'elle apparaît. D'où vient donc que personne n'a autant de faits compliqués de prétendues inflammations du cœur, et qu'aucun observateur ne présente autant de cas de bruits de souffle prétendus endocarditiques, résistant plus longtemps et se prolongeant souvent dans la convalescence? Poser une semblable question, pour tous les médecins non prévenus, c'est la résoudre.

Nous aurions maintenant à rechercher l'*influence des récidives* sur l'inflammation rhumatismale du cœur; mais : 1° il est bien évident que, puisque la complication existe dans une certaine proportion, plus souvent on sera

atteint du rhumatisme, plus on sera exposé à la coïncidence ; et 2° cette question sera plus utilement traitée quand il s'agira de rechercher quel est le degré d'influence du rhumatisme sur les affections organiques du cœur, ce qui fera le sujet de la seconde partie de ce travail.

CHAPITRE II.

BRUITS ANORMAUX DU CŒUR DANS LES DIVERSES MALADIES.

Pour compléter les renseignements propres à nous éclairer sur la valeur des bruits anormaux du cœur dans le rhumatisme articulaire, il faut nécessairement rechercher ce qui se passe dans les autres maladies. Sur ce point, M. Fauvel seul nous fournit des documents ; mais ces documents sont importants.

Depuis le 1er novembre 1842 jusqu'au 10 mars 1843, M. Fauvel a examiné sous ce point de vue tous les malades admis à la clinique de l'Hôtel-Dieu, à laquelle il était alors attaché; et du 10 mars 1843 au 1er novembre de la même année, il a étudié, non pas tous les malades, mais un grand nombre et indistinctement. En somme, son examen a porté sur 412 sujets, et les résultats qu'il a obtenus sont consignés dans les tableaux suivants :

TABLEAU XXI.

Bruits anormaux du cœur dans les cas de maladies aiguës fébriles.

Maladies.	Nombre des malades.	Nombre des cas dans lesquels existaient des bruits anormaux.	Proportion.
Pneumonie.	50	11	0,22 ou 1/5.
Fièvre typhoïde. . . .	71	21	0,29 ou 2/7.
Bronchites.	14	2	0,14 ou 1/7.
Pleurésies.	13	2	0,15 ou 1/7.
Fièvres éruptives. . . .	27	11	0,40 ou 2/5.
Erysipèles.	14	7	0,50 ou 1/2.
Fièvres intermittentes. .	8	3	0,37 ou 1/3.
Fièvres puerpérales. . .	3	0	0
Phlegmons hypogastriques	9	2	0,22 ou 1/4.
Métrite post-puerpérale. .	7	3	0,42 ou 3/7.
Ramollissement cérébral.	2	0	0
Phlegmasies aiguës diverses	31	12	0,38 ou plus du 1/3.
Hépatite.	1	0	0
Totaux. .	250	74	2,29 ou 2/7.

Les faits contenus dans ce tableau ont une importance très grande pour la solution de la question qui nous

occupe. Nous y voyons d'abord les cas de bruit de souffle en nombre considérable, et dans une proportion à peu près semblable à celle que nous avons trouvée dans les cas de rhumatisme articulaire. Si même nous retranchons de ces derniers les cas d'endocardite et de péricardite non douteux, nous voyons que la proportion est plus grande quand il s'agit des autres affections aiguës fébriles dans lesquelles le bruit de souffle au cœur n'est regardé par personne comme un signe d'endocardite.

Il y a plus, c'est que si nous recherchons quelles sont les maladies dans lesquelles la proportion des bruits anormaux s'élève, nous trouvons que ce sont précisément celles dans lesquelles on a l'habitude de saigner le plus, ou celles dans lesquelles le sang paraît acquérir momentanément des qualités particulières. Parmi les premières nous remarquons, les érysipèles, la métrite aiguë, la pneumonie ; et parmi les secondes, la fièvre typhoïde, les fièvres éruptives, la fièvre intermittente.

Voyons maintenant les *affections aiguës non fébriles*. Nous les réunissons dans le tableau suivant :

TABLEAU XXII.

Bruits anormaux du cœur dans les cas de maladies aiguës non fébriles.

Maladies.	Nombre des malades.	Nombre des cas dans lesquels existaient des bruits anormaux.	Proportion.
Métrorrhagies.	5	0	0
Douleurs rhumatismales.	4	1	0,25 ou 1/4.
Pleurodynies.	3	0	0
Hémorrhagies cérébrales.	6	2	0,33 ou 1/3.
Congestions cérébrales. .	3	1	0,33 ou 1/3.
Colique de plomb. . .	18	9	0,50 ou 1/2.
Chorée.	3	0	0
Névroses aiguës légères. .	11	2	0,18 ou 1/5.
Ictères.	8	3	0,37 ou 1/3.
Affections diverses légères.	27	6	0,22 ou 2/9.
Totaux. .	88	24	0,27 ou 2/7.

On voit que dans ce tableau la proportion se maintient, bien qu'il s'agisse nécessairement d'un grand nombre de cas dans lesquels on ne pratique pas de saignées. Toutefois remarquons que les hémorrhagies cérébrales et les congestions nécessitent habituellement d'assez larges saignées, et quant aux bruits anormaux trouvés dans les autres cas, on en trouve facilement la raison dans l'état anémique dans lequel se trouvent

plusieurs malades, et notamment ceux qui sont affectés de colique de plomb.

Ce qui ressort toujours avec évidence de ce second tableau, c'est que dans presque toutes les affections, quelles qu'elles soient, il y a une notable proportion de bruits anormaux du cœur, et que vouloir regarder ces bruits anormaux comme un signe d'inflammation dans le rhumatisme, lorsqu'ils ne s'accompagnent pas d'autres symptômes importants, c'est évidemment vouloir consacrer une erreur.

Un dernier tableau contenant les cas *d'affections chroniques* va nous montrer encore une certaine proportion de bruits de souffle au cœur :

TABLEAU XXIII.

Bruits anormaux du cœur dans les cas de maladies chroniques.

Nature de la maladie.	Nombre des malades.	Nombre des cas dans lesquels existaient des bruits anormaux.	Proportion.
Métrites granulées. . .	4	2	0,50 ou 1/2.
Tumeurs utérines et ovariques.	3	0	0
Affections cérébrales. . .	3	0	0
Tubercules.	32	4	0,12 ou 1/8.
Affections organiques. .	11	2	0,18 ou 1/5.
Affections chroniques diverses.	7	2	0,28 ou 2/7.
Totaux. .	60	10	0,16 ou 1/6.

On voit que dans ces affections les bruits anormaux sont moins fréquents de moitié ; or ce sont précisément celles dans lesquelles on ne pratique pas de saignées habituellement, et la proportion faible qui reste encore est due, sans aucun doute, à un certain nombre de cas d'anémie qu'on trouve toujours parmi elles.

Que si nous y joignons 14 cas de chlorose simple qui se sont présentés pendant la durée de ces recherches, et dans lesquels le bruit de souffle existait au cœur et dans les artères comme dans quelques uns des cas de rhumatisme compliqué de chlorose qui se trouvaient dans ceux que nous avons étudiés, nous avons la proportion d'un tiers qui se rapproche de celle que nous avons trouvée, soit dans les cas de rhumatisme articulaire aigu, soit dans ceux de maladies aiguës fébriles, soit enfin dans ceux de maladies aiguës non fébriles. De sorte qu'on ne peut plus douter que ces bruits anormaux du cœur ne se retrouvent dans une proportion à peu près la même dans quelque groupe de maladies qu'on les recherche, et que si elle augmente dans telle ou telle affection, c'est aux pertes de sang ou à une anémie survenue dans des circonstances particulières qu'il faut attribuer cette augmentation. Le rhumatisme articulaire se trouve sous ce rapport dans la loi commune, et ce n'est pas du tout à une tendance particulière à l'inflammation de la membrane interne du cœur qu'il faut attribuer le plus grand nombre des bruits anormaux qui se présentent dans son cours (1).

Cependant on ne peut nier que cette tendance existe dans le rhumatisme articulaire aigu bien plus que dans les autres affections : ce fait, qui n'avait échappé ni à

(1) Voici un exemple de l'utilité qu'il y a à ne pas se contenter d'étudier les maladies en elles-mêmes, et à les comparer aux autres affections. Nous avons, en effet, trouvé dans cette comparaison un élément très important pour la solution du problème que nous avions à résoudre.

Sydenham ni à M. Chomel, est démontré par les péricardites et les endocardites véritables observées par M. Bouillaud, et par celles que nous avons notées dans ce travail. Mais la proportion établie par ce dernier auteur est infiniment trop grande, ce qui tient évidemment à la signification qu'il a donnée aux bruits anormaux découverts par l'auscultation, interprétation dont l'analyse précédente prouve l'inexactitude.

Les principaux faits signalés dans cette première partie se résument dans les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS DE LA PREMIÈRE PARTIE.

1° La proportion des cas qui présentent des bruits anormaux du cœur (bruit de souffle, de râpe, etc.) dans le cours du rhumatisme articulaire aigu traité par la méthode ordinaire est de 1/3 environ.

2° Dans les séries de faits où l'on a trouvé cette proportion plus grande, c'est qu'on a pratiqué des saignées plus nombreuses et plus abondantes qu'on ne le fait ordinairement.

3° Les faits prouvent que les saignées répétées ne préservent pas, comme on l'a pensé, des inflammations du cœur.

4° Lorsque les bruits anormaux ne s'accompagnent pas d'autres symptômes de maladie du cœur, tels que la douleur, une plus grande étendue de la matité, les palpitations, l'oppression, ils n'ont pas la signification qu'on a voulu leur donner dans ces derniers temps, et tout prouve qu'ils ne sont pas dus à une inflammation du cœur.

5° On retrouve ces mêmes bruits dans beaucoup d'autres maladies aiguës ou chroniques ; la proportion varie seulement suivant qu'on saigne ou qu'on ne saigne pas, et suivant qu'il existe ou non une anémie particulière.

6° Les inflammations du cœur se produisent plus souvent dans le cours du rhumatisme articulaire aigu que dans celui des autres maladies (nous ne parlons pas ici des affections organiques du cœur), mais la proportion de ces coïncidences est infiniment moins grande qu'on ne l'a cru d'après des faits mal interprétés.

DEUXIÈME PARTIE.

DE L'INFLUENCE RÉELLE DU RHUMATISME CONSIDÉRÉ COMME CAUSE DES MALADIES DU COEUR.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES.

Nous avons, dans la première partie de ce travail, considéré les faits sous un point de vue particulier. Nous avons réuni un certain nombre de cas de rhumatisme articulaire aigu, et nous avons recherché quelle était la valeur des signes physiques qui se sont présentés du côté du cœur. Nous avons déterminé dans quels cas ces signes annonçaient réellement une maladie inflammatoire de l'organe central de la circulation, et dans quels cas ils n'étaient autre chose que le résultat de modifications plus ou moins profondes, mais toujours passagères, du liquide sanguin.

Maintenant nous devons, en quelque sorte, retourner la question. Réunissant un nombre suffisant de cas de maladies du cœur confirmées et bien observées, nous devons rechercher quels sont ceux qui reconnaissent réellement pour cause l'influence rhumatismale. Ces faits, les mêmes observateurs vont nous les offrir, et nous aurons, par conséquent, les mêmes garanties d'une bonne et sévère observation. Ils nous les ont fournis dans la proportion suivante :

MM. Barth.	27
Barthez	31
Cossy.	23
Fauvel.	41
N. Guéneau de Mussy. . .	7
Total. . .	129 (1)

(1) M. de Castelnau nous avait également confié un certain nombre d'obser-

Suivant un ordre analogue à celui que nous avons adopté pour la première partie de ce travail, nous allons d'abord rechercher la proportion des attaques de rhumatisme chez ces sujets affectés de maladies du cœur, puis nous entrerons dans les détails propres à nous faire connaître l'influence réelle de cette affection.

ARTICLE PREMIER. — PROPORTION DES CAS DE RHUMATISME DANS LES MALADIES DU CŒUR.

Nous ne tiendrons pas compte pour le moment des diverses espèces de maladies du cœur, mais nous les examinerons en masse, car il importe d'abord de savoir d'une manière générale combien de fois le rhumatisme s'est montré chez les sujets atteints d'une affection quelconque de l'organe central de la circulation.

TABLEAU XXIV.

Faits appartenant à MM.	Maladies du cœur.	Cas de rhumatisme.
Barth.	27	11 ou 0,40, ou 2/5
Barthez.	31	5 — 0,16, — 1/6
Cossy.	23	11 — 0,47, — 2/5
Fauvel.	41	11 — 0,26, — 1/4
N. Guéneau de Mussy. .	7	2 — 0,28, — 1/3
Totaux. .	129	40 ou 1/3 moins une fraction.

Nous trouvons donc, comme premier résultat, que le rhumatisme a existé chez ces sujets dans un tiers des cas environ, et que chaque catégorie de faits, considérée en

vations de maladies du cœur; mais elles ont été égarées. Le nombre de 129 qui nous reste est encore suffisant pour nous promettre de bons résultats.

particulier, nous présente des variations semblables à celles que nous avons notées dans ceux de la première partie.

Ces variations ne doivent pas nous arrêter, car elles ont évidemment pour cause, comme dans la première partie (voy. pag. 6), le trop petit nombre de faits fournis par chaque observateur; mais nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer la faible proportion des sujets rhumatisés, car on aurait pu croire, d'après l'influence attribuée au rhumatisme par quelques auteurs, qu'elle aurait été bien plus considérable, et cependant nous avons pris tous les faits sans distinction, et nous n'avons pas encore éliminé les cas dans lesquels le rhumatisme, bien qu'ayant existé, n'a pas pu avoir la moindre action dans la production de la maladie du cœur. Or, ainsi qu'on le verra plus loin, cette élimination diminuera beaucoup cette proportion qui nous paraît déjà si faible.

ART. II. — PROPORTION DES CAS DE RHUMATISME DANS LES DIVERSES ESPÈCES DE MALADIES DU COEUR.

Dans l'article précédent nous avons recherché l'existence du rhumatisme dans toutes les affections du cœur sans en distinguer les espèces. Cependant cette distinction est nécessaire, car, ainsi qu'on va le voir, l'influence du rhumatisme est bien différente suivant qu'on la recherche dans telle ou telle maladie.

Dans les tableaux suivants nous allons faire une distinction capitale. Si l'on se contentait, comme on l'a fait trop souvent, de rechercher l'existence du rhumatisme articulaire à une époque quelconque de la vie d'un sujet affecté actuellement de maladie du cœur, on ne pourrait pas savoir quelle a été l'influence réelle d'une de ces maladies sur l'autre; car, si le rhumatisme s'est montré un

temps plus ou moins long avant l'apparition de l'affection cardiaque, ou s'il n'est apparu qu'après que celle-ci se sera manifestée, et à une époque assez éloignée, on ne pourra pas établir entre elles une relation de cause à effet. Il faut donc que l'affection agissant comme cause ait été immédiatement suivie, ou soit accompagnée de celle à laquelle on pense qu'elle a donné naissance en envahissant un organe différent de ceux qu'elle occupe habituellement. Or, c'est en tenant compte des dates que nous allons chercher à résoudre cette importante question.

1° *Péricardites et endocardites.* — Il s'agit ici de péricardites et d'endocardites aiguës pour lesquelles les malades étaient entrés à l'hôpital.

TABLEAU XXV.

Maladies du cœur.	Nombre des cas.	Rhumatisme coïncidant avec la maladie du cœur.	Rhumatisme existant plusieurs mois ou années avant.	Rhumatisme survenu après.
Péricardites. . .	15	0	4	0
Endocardites. . .	3	0	2	0
Endo-péricardites.	1	0	0	0
Totaux. .	19	0	6	0

Ainsi, dans ces 19 cas, nous n'en trouvons pas un seul dans lequel la maladie du cœur doive être considérée comme évidemment rhumatismale, car l'espace de temps écoulé entre le rhumatisme et cette maladie est trop considérable pour qu'on puisse admettre que dans les 6 cas

où il y a eu un rhumatisme, celui-ci a pu se porter sur le cœur.

Nous n'ignorons pas qu'on pourrait présenter quelques objections contre cette manière de voir, mais nous nous réservons de les examiner plus loin, à l'occasion de l'influence du rhumatisme sur les affections du cœur en général, où ces considérations trouveront mieux leur place.

On ne supposera pas, sans doute, que nous pensons, d'après les faits contenus dans le tableau précédent, que le rhumatisme n'a pas d'influence sur la production de la péricardite et de l'endocardite. Nous avons, dans la première partie de ce travail, fait connaître cette influence et le degré de son action. Et c'est précisément parce que nous avons eu alors à nous occuper des cas où le rhumatisme a réellement coïncidé avec ces affections, que nous n'avons pas pu en retrouver un seul ici. Nous allons, au contraire, en recherchant ce qui s'est passé dans les altérations chroniques des valvules du cœur, trouver un certain nombre de cas où le rhumatisme a eu une action réelle, parce que les sujets ayant été observés à une époque où la maladie rhumatismale avait disparu, nous ne pouvions plus les joindre à ceux chez lesquels nous étudiions les bruits du cœur dans le rhumatisme. Il en eût été de même des 13 cas d'endocardite ou de péricardite analysés dans la première partie, s'ils se fussent présentés plus tard à l'observation ; car, comme on sait, les lésions du cœur, une fois produites, se perpétuent ensuite et vont en s'aggravant.

2° *Lésions des valvules.* — Il serait complétement inutile, pour la solution de la question que nous nous sommes proposée, de chercher à distinguer les unes des autres les diverses lésions des valvules, et par conséquent nous ne nous arrêterons pas à ce diagnostic, qui présente souvent d'ailleurs d'assez grandes difficultés.

Qu'il nous suffise de dire que, d'après les symptômes observés, il n'y avait pas de doute sur l'existence d'une altération plus ou moins profonde d'un ou de plusieurs orifices du cœur.

TABLEAU XXVI.

Nombre des malades.	Rhumatisme coïncidant avec la maladie du cœur.	Rhumatisme existant plusieurs mois ou années avant.	Rhumatisme survenu après.
75	13	9	9

D'après les réflexions que nous avons présentées à l'occasion du tableau précédent, on voit que 13 fois seulement, sur 75 cas, on peut attribuer la lésion des valvules à l'influence du rhumatisme, et que même en admettant, ce que nous ne pouvons pas faire, que les maladies du cœur doivent être regardées comme rhumatismales toutes les fois qu'elles ont été précédées par un ou plusieurs rhumatismes articulaires, il n'y aurait que 22 sujets sur 75 qui seraient dans ce cas, puisque chez 9 le rhumatisme n'est survenu qu'après, et que chez tous les autres cette affection ne s'est jamais produite.

3° *Hypertrophie simple du cœur.* — L'hypertrophie a naturellement existé dans un grand nombre de cas de maladies du cœur, et, sur les 129 cas dont nous nous occupons, elle s'est montrée 96 fois d'une manière évidente. Mais il ne doit être question ici que de l'hypertrophie simple, de celle dans laquelle les observateurs auxquels nous devons les faits que nous analysons

n'ont trouvé aucun symptôme indiquant une lésion des orifices, l'hypertrophie n'étant, dans les autres cas, qu'une conséquence d'une lésion antérieure. Or les cas d'hypertrophie simple sont au nombre de 29 seulement.

TABLEAU XXVII.

Observations fournies par MM.	Nombre des cas d'hypertrophie simple.	Cas de rhumatisme.
Barth.	8	1 (douteux).
Barthez.	4	0
Cossy.	2	1
Fauvel.	12	0
N. Guéneau de Mussy. .	1	0
Totaux. .	27	2 (dont 1 douteux).

Il est inutile de présenter de longues réflexions à propos de ce tableau. Les faits y parlent d'eux-mêmes, puisque sur 27 cas nous ne trouvons le rhumatisme que deux fois, et que même dans un cas, son existence n'était pas parfaitement démontrée, le malade n'ayant accusé que des douleurs antérieures dont il n'avait pas pu suffisamment caractériser la nature.

4° *Affections diverses du cœur.* — Nous réunissons sous ce titre plusieurs affections dont quelques unes sont indéterminées et dont les autres sont rares, ce qui leur ôte nécessairement beaucoup de leur importance au point de vue sous lequel nous envisageons notre sujet. Aussi n'insisterons-nous pas sur elles.

TABLEAU XXVIII.

Affections diverses du cœur.	Nombre des cas.	Cas de rhumatisme.
Affections indéterminées. .	3	1 (douteux).
Dilatation simple. . . .	3	0
Perforation de la cloison des oreillettes. . . .	1	0
Persistance du trou de Botal.	1	0
Totaux. .	8	1 (douteux).

Les réflexions que nous avons faites au sujet du tableau précédent seraient encore plus applicables à celui-ci. Aussi nous contenterons-nous de faire remarquer qu'il n'y a qu'un seul cas où l'on ait pu soupçonner un rhumatisme antérieur à la maladie du cœur, et encore le fait est-il fort douteux, le malade, comme dans un des cas précédemment cités, n'ayant pas donné des renseignements suffisamment précis.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

Jetons, maintenant, un coup d'œil général sur les faits précédents afin d'avoir des données bien positives qui puissent nous servir de point de départ pour nos recherches ultérieures sur l'influence réelle du rhumatisme. Le tableau suivant va nous présenter réunis les cas de rhumatisme dans les diverses espèces de maladies du cœur :

TABLEAU XXIX.

Maladies du cœur.	Nombre des cas.	Rhumatisme.	Proportion.
Péricardites et endocardites. . .	19	6	0,31, environ 1/3.
Lésions valvulaires.	75	31	0,41, environ 2/5.
Hypertrophies simples.	27	2 (dont 1 douteux).	0,07, environ 1/13.
Lésions diverses. .	8	1 (douteux).	0,12, environ 1/8.
Totaux. .	129	40 (dont 2 douteux).	0,31, environ 1/3.

Il résulte de ce tableau, en faisant abstraction des remarques précédemment faites et sur lesquelles nous aurons à revenir plus tard : 1° que c'est dans les cas de lésion des membranes du cœur que le rhumatisme s'est le plus souvent montré ; et 2° que même en prenant les faits en masse, et sans autre détail, la proportion est moindre qu'on ne l'avait annoncé dans ces derniers temps, puisqu'elle n'est que d'un tiers environ. Mais, nous le répétons, ce résultat n'est encore que provisoire, et l'on a déjà pressenti, d'après ce que nous avons dit au sujet des péricardites et des endocardites aiguës, qu'il faudra nécessairement le vérifier lorsque l'analyse des faits sera plus complète. C'est à cette analyse plus rigoureuse que nous allons maintenant passer.

ART. III. — DU DEGRÉ RÉEL D'INFLUENCE DU RHUMATISME DANS LES MALADIES DU CŒUR.

Jusqu'à présent nous nous sommes borné à recher-

cher le nombre de rhumatisants dans les maladies du cœur, nous contentant de faire pressentir que dans ce nombre, il y en avait nécessairement une certaine proportion qu'il fallait éliminer comme ne présentant aucun rapport de cause à effet entre le rhumatisme et les affections cardiaques. C'est maintenant à l'étude des faits sous ce point de vue que nous allons nous livrer. Pour cela, il faut que nous tenions compte de la date de l'apparition du rhumatisme, comme nous l'avons fait dans le tableau suivant :

TABLEAU XXX.

Observations des maladies du cœur fournies par MM.	Rhumatisme coïncidant avec l'affection du cœur.	Rhumatisme existant longtemps avant.	Rhumatisme survenu après.	Rhumatisme douteux.	Totaux.
Barth.	3	6	1	1	11
Barthez. . . .	3	0	1	1	5
Cossy.	3	4	4	0	11
Fauvel	0	7	2	2	11
Guéneau de Mussy.	0	0	1	1	2
Totaux. .	9	17	9	5	40

Remarquons d'abord que dans cinq cas l'existence du rhumatisme n'a nullement été prouvée. Les observateurs qui les ont recueillis l'ont reconnu eux-mêmes, car il s'agissait de douleurs indéterminées, ou qui pouvaient se rapporter à une syphilis, à une sciatique, etc. Ces faits doivent donc être retranchés du nombre total, puisqu'ils

ne peuvent rien prouver ni pour ni contre, et il ne nous reste que 35 cas de rhumatisme sur 124.

Or, sur ces 35 cas, 9 seulement ont été atteints de leur maladie du cœur dans le cours d'un rhumatisme presque toujours fébrile. Dans 6 de ces 9 cas, le rhumatisme existait pour la première fois; dans 3, il avait déjà attaqué plusieurs fois les sujets.

Dans ces 9 cas l'influence du rhumatisme n'est pas douteuse; elle a été de toute évidence. Ce sont ces cas qui ont été indiqués par Sydenham, puis par M. Chomel, puis avec beaucoup plus de précision par M. Bouillaud, et que tout le monde connaît bien aujourd'hui. Or, nous voyons qu'ils se sont montrés 9 fois sur 134 cas, ou dans la proportion de 1/13 seulement.

Nous avons maintenant à examiner les 17 cas dans lesquels le rhumatisme a eu lieu un certain temps avant l'apparition de la maladie du cœur. Or, à ce sujet, il suffit d'une seule remarque, c'est que dans tous ces cas le rhumatisme avait précédé les premiers symptômes de l'affection cardiaque de quatre à vingt-quatre ans. Il n'a pas pu, par conséquent, y avoir le moindre rapport de cause à effet entre ces maladies.

Restent 9 cas dans lesquels le rhumatisme ne s'est montré qu'un temps plus ou moins long après la maladie du cœur elle-même. Ce seul fait démontre l'indépendance des deux affections et n'a pas besoin de commentaire.

Néanmoins c'est ici le lieu d'examiner quelques objections qu'on pourrait élever et que nous avons déjà pressenties dans nos réflexions sur le tableau XXV. (Voy. pag. 36.)

On pourrait dire, en effet, que puisque ces sujets avaient déjà eu, ou ont eu plus tard un rhumatisme articulaire, ils avaient en eux le principe rhumatismal, et que l'affection du cœur a été, par cela même, de nature

rhumatismale. Mais ce n'est là qu'une interprétation plus que contestable, et l'on se demande pourquoi ces sujets n'auraient pas pu, comme beaucoup d'autres, avoir une affection du cœur entièrement étrangère au rhumatisme, puisqu'il n'y en avait que 40 sur 129 qui avaient eu un rhumatisme dont l'existence ne laissait aucun doute.

Ce qu'il y a de certain, c'est que dans ces cas, la nature rhumatismale de l'affection n'est pas susceptible d'une démonstration rigoureuse, et qu'on ne saurait, par conséquent, l'admettre; car si l'on ne veut pas s'exposer aux plus grossières erreurs, il ne faut, dans les questions de ce genre, accepter que ce qui est rigoureusement démontré.

En résumé, l'influence du rhumatisme n'a été réelle, évidente, que dans 1/13 des cas, résultat bien différent de celui qu'on avait annoncé et auquel nous ne serions pas parvenu nous-même, si nous n'avions pas eu soin d'établir un certain nombre de distinctions importantes, sans lesquelles on ne peut connaître les faits que très superficiellement. Si, en effet, nous nous étions contenté de rechercher, ainsi qu'on l'a fait généralement, quel était le nombre de sujets atteints de maladies du cœur qui avaient été affectés de rhumatisme à une époque quelconque de leur existence, nous aurions eu une proportion bien différente de celle que nous avons indiquée, et cependant on conviendra, quelque opinion qu'on adopte d'ailleurs, qu'il n'est pas indifférent, en étiologie, de savoir si la cause présumée a précédé, accompagné ou suivi l'effet prétendu.

Nous n'ajouterons que quelques mots pour compléter ce que nous avons à dire sur l'influence du rhumatisme.

C'est le rhumatisme intense et fébrile qui est ordinairement (8 fois sur 9) accompagné ou suivi d'une maladie du cœur. Ce fait est d'ailleurs généralement

connu. Quant à la multiplicité des attaques de rhumatisme, elle ne paraît pas avoir une importance très grande, si l'on peut en juger par les faits trop peu nombreux que nous possédons ; car sur 9 cas, 6 fois le rhumatisme était survenu pour la première fois.

Nous pourrions, à la rigueur, regarder notre tâche comme terminée ici ; mais les faits que nous avons rassemblés nous fournissent encore quelques aperçus étiologiques d'une certaine importance, nous croyons devoir les présenter en quelques mots.

ART. IV. — DE QUELQUES AUTRES CAUSES DES MALADIES DU CŒUR.

Age. — L'âge des sujets mérite d'être considéré avec attention dans les diverses catégories de cas que nous avons précédemment établies, car il n'est pas indifférent de savoir si l'âge est le même chez les sujets affectés ou non de rhumatisme. Examinons d'abord les faits chez les sujets affectés de rhumatisme.

TABLEAU XXXI.

Âges.	Cas de rhumatisme.	Cas dans lesquels le rhumatisme a eu une influence.	Proportion des cas de rhumatisme ayant une influence.
De 17 à 29 ans. . .	14	5	0,33
De 30 à 49 ans. . .	15	4	0,26
De 50 à 74 ans. . .	6	0	0,00
Totaux. .	35	9	

On voit d'abord, dans la première colonne de ce tableau, que le rhumatisme s'est montré de moins en moins fré-

quemment, à mesure que les sujets avançaient en âge. Mais ce qui nous importe particulièrement ici, c'est la proportion des cas dans lesquels la maladie du cœur s'est réellement développée sous l'influence du rhumatisme. On voit qu'elle est déjà moins forte dans la seconde période que nous avons admise (de 30 à 49 ans) et que dans la troisième (de 50 à 74 ans) elle a été nulle.

Ce premier fait posé, voyons, au contraire, ce qui s'est passé chez les sujets affectés de maladies du cœur sans rhumatisme :

TABLEAU XXXII.

Ages.	Cas de maladie du cœur.	Cas exempts de rhumatisme.	Proportion des sujets non rhumatisés.
De 14 à 29 ans. . .	32	17	0,53
De 30 à 49 ans. . .	51	36	0,70
De 50 à 74 ans. . .	42	36	0,85
Totaux. . .	125	89	

Ici nous trouvons un résultat bien différent ; car, à mesure que l'âge devient plus avancé, nous voyons le nombre des sujets non rhumatisés augmenter dans une progression rapide, ce qui tend à prouver que si, parmi ces sujets, il en est encore quelques uns qui ont eu un ou plusieurs rhumatismes, c'est une simple coïncidence, puisque la plupart ont eu leur affection du cœur sans avoir à aucune époque de leur vie éprouvé aucun symptôme de rhumatisme.

Nous pouvons donc, dès à présent, établir deux catégories bien distinctes de maladies du cœur. *Une première*

qui se montre chez des sujets jeunes (principalement de 16 à 29 ans). Dans les cas de cette catégorie se montrent particulièrement les altérations des orifices du cœur, et les signes physiques qui en résultent, tels que bruit de souffle, de râpe, etc.; c'est aussi dans ces cas que se présentent les adhérences péricarditiques. Et la raison de ces faits est bien simple : c'est que les lésions développées sous l'influence du rhumatisme sont de nature inflammatoire, et que l'hypertrophie que l'on observe dans ces circonstances n'est que la conséquence de ces lésions. *Une deuxième catégorie*, au contraire, se montre chez les sujets âgés (principalement de 30 à 60 ans); les lésions des orifices y sont rares et ne sont presque toujours, quand elles existent, que le résultat de la vieillesse; en un mot, la maladie du cœur consiste ordinairement en une hypertrophie simple qui ne donne pas lieu aux bruits anormaux que nous avons signalés dans la première catégorie.

Cette distinction établie, il nous reste à rechercher quelle est la cause principale de la maladie du cœur dans les cas où le rhumatisme n'a pas existé. Sous ce point de vue, nous ne pouvons examiner que ce qui s'est passé dans les cas d'hypertrophie simple, les autres cas offrant trop de complications pour que nous puissions les soumettre ici à une analyse complète. Ces cas sont au nombre de 27; et tandis que nous y voyons l'*emphysème pulmonaire* manifester son influence dans près de la moitié des cas (13), nous ne trouvons dans aucun celle du rhumatisme. Cette cause toute particulière achève d'établir une ligne de démarcation profonde entre les deux catégories de maladies du cœur que nous avons signalées plus haut, et nous n'avons pas besoin de faire remarquer toute l'importance de cette distinction au point de vue de la thérapeutique.

CONCLUSIONS DE LA DEUXIÈME PARTIE.

1° La proportion des cas de rhumatisme chez les sujets atteints de maladies du cœur est de 1/3 environ, si on la considère d'une manière générale.

2° La proportion des cas dans lesquels il y a eu une relation évidente de cause à effet entre le rhumatisme et les maladies du cœur n'est que de 1/13.

3° C'est de quinze à vingt-cinq ou trente ans que le rhumatisme produit habituellement les maladies du cœur.

Ces maladies en pareil cas sont caractérisées anatomiquement par des lésions des orifices.

4° A un âge plus avancé l'influence du rhumatisme diminue graduellement et finit par devenir nulle, à moins de rares exceptions.

Dans ces cas la lésion consiste ordinairement en une hypertrophie simple.

II

MÉMOIRE

SUR UNE CAUSE ENCORE PEU CONNUE

D'ENGOUEMENT INTERNE DE L'INTESTIN,

PAR J. COSSY,
Membre titulaire de la Société médicale d'observation,
ancien interne des hôpitaux civils de Paris,
médecin directeur des eaux thermales de Lavey (Suisse), etc.

Les accidents graves qui sont le résultat de tout obstacle à la libre circulation des matières intestinales ont de tout temps attiré l'attention des hommes de l'art. Mais tandis que le chapitre des étranglements herniaires est l'un des mieux faits de la chirurgie, l'histoire des cas dans lesquels l'obstacle au cours des matières stercorales siége dans l'intérieur du ventre, est au contraire restée en arrière sous bien des rapports, et réclame de nouvelles recherches.

L'objet spécial de ce mémoire étant de signaler à l'attention des observateurs une cause de stase stercorale passée jusqu'ici presque inaperçue, il ne sera peut-être pas inutile de rappeler en peu de mots les principales causes d'obstruction intestinale observées jusqu'ici. La liste en est fort étendue, ainsi qu'on peut s'en convaincre aisément en consultant les faits épars dans les traités spéciaux et les divers recueils scientifiques. Tantôt, en effet, ce sont des corps étrangers, des boules fécales durcies, arrêtées dans un point de l'intestin et y faisant office de bouchon ; ou bien c'est une portion de l'intestin

invaginée, ou enroulée et tordue autour d'un axe, ou comprimée par une tumeur, ou rétrécie soit congénialement, soit à la suite d'étranglements antérieurs ou d'ulcérations de diverse nature. Plus fréquemment encore, l'intestin se trouve étranglé à son passage à travers des ouvertures accidentelles, ou par des brides dont la disposition peut varier à l'infini, etc.

Ces causes si nombreuses et si diverses que je viens d'énumérer agissent toutes, en définitive, en diminuant ou en détruisant la perméabilité de l'intestin dans un ou plusieurs points de son étendue, et il ne semble guère possible, au premier abord, que l'arrêt de la circulation stercorale, surtout dans l'intestin grêle où les matières sont liquides, puisse reconnaître un autre mécanisme.

Cependant j'ai recueilli l'histoire de quelques malades chez lesquels les choses se sont passées différemment. Pour expliquer les symptômes non douteux d'obstacle à la circulation stercorale qu'ils avaient offert pendant la vie, l'ouverture des corps n'a pu faire découvrir aucune diminution notable de calibre dans toute l'étendue du tube digestif; mais en revanche, chez tous ces sujets, une portion d'intestin plus ou moins considérable était fixée dans une situation et une direction vicieuses, par des adhérences anormales; et l'étude de ces divers faits conduit forcément à considérer la stase stercorale comme étant le résultat de la gêne ou même de l'abolition du mouvement péristaltique dans les portions adhérentes, jointes à quelques autres circonstances particulières qui seront étudiées en leur temps.

Les faits que je vais rapporter sont au nombre de six. L'un d'eux est un peu abrégé; mais tous les autres ont été recueillis avec beaucoup de soins et de détails. L'un des plus complets a déjà été publié par M. Louis dans les *Archives générales de médecine* (1re série, t. XIV, page 193). C'est le seul fait de ce genre qu'il ait recueilli

pendant six ans sur une masse de trois mille malades, parmi laquelle cinq cent trente ont succombé; j'ajoute que c'est aussi le seul que j'aie pu trouver à la suite de recherches étendues, faites dans plusieurs traités généraux et spéciaux, ainsi que dans divers recueils scientifiques. Des cinq faits restants qui tous m'appartiennent, l'un a été recueilli à l'Hôtel-Dieu, accidentellement en quelque sorte, et sans que je puisse indiquer son rapport de fréquence ; quant aux quatre autres, ils ont été observés, dans l'espace de cinq ans, sur une masse d'environ trois mille cinq cents malades, encore dans la division de M. Louis alors à l'hôpital Beaujon, mais à une époque postérieure à celle où cet observateur avait recueilli son observation.

Ainsi, d'une part, cinq cas sur six mille cinq cents malades, et, d'une autre part, absence de faits semblables dans les recueils de la science, en voilà assez pour établir, en apparence du moins, l'extrême rareté de l'engouement qui nous occupe.

Je dis en apparence, car il y a lieu de penser que dans bon nombre de cas ou légers ou très compliqués, cet engouement et son mécanisme ont, chose d'ailleurs assez facile, échappé, même à l'ouverture des corps, à une observation superficielle et peu attentive; mais qu'une fois sur la voie les faits de ce genre deviendront de moins en moins rares. Cette manière de voir paraîtra bien plus fondée encore lorsque nous aurons étudié nos observations. En effet, comme il ressortira de leur étude que, parmi les nombreuses causes d'obstacle à la circulation stercorale, celle dont elles sont des exemples, envisagée en elle-même et indépendamment de complications fâcheuses, est l'une de celles dont le pronostic est le moins grave, l'une des plus curables, il faudra admettre comme chose infiniment probable l'existence d'un certain nombre de cas de guérison dont en principe on devra tenir

compte dans la question de fréquence qui nous occupe. Seulement, la proportion de ces cas ne saurait pour le moment être déterminée, même approximativement, le diagnostic *précis* de la nature de l'obstacle étant dans les cas qui nous occupent, comme d'ailleurs dans tous les autres genres d'obstacles au cours des matières stercorales dont le siége est à l'intérieur du ventre, ce diagnostic, dis-je, étant à peu près impossible.

Dans une première partie de ce travail j'exposerai les faits particuliers, puis je m'occuperai de la description générale et de l'étude de quelques questions qui ont un rapport immédiat avec le sujet dont je m'occupe.

PREMIÈRE PARTIE.

FAITS PARTICULIERS.

Dans la plupart des faits dont je vais rapporter l'histoire, l'engouement n'a été en quelque sorte qu'un accident survenant dans le cours ou sous l'influence de maladies diverses plus ou moins anciennes qui existaient encore au moment où les malades ont succombé.

L'observation de M. Louis fait toutefois une exception sous ce rapport : elle est dégagée de ces complications plus ou moins gênantes dans l'appréciation des symptômes et de leur cause organique ; les accidents ont d'ailleurs été aussi tranchés que possible. C'est pourquoi je la rapporterai en premier lieu, mais abrégée de certains détails qui n'avaient pas un rapport immédiat avec l'objet spécial de ce mémoire. En procédant ainsi des faits évidents par eux-mêmes à ceux qui le sont moins, l'étude de ces derniers en sera moins difficile.

Ire OBSERVATION.

Engouement de l'intestin grêle, par suite de l'adhérence d'une portion de l'iléon voisine du cœcum à l'utérus, etc.

Il s'agit d'une femme de trente et un ans, d'une constitution primitivement assez forte, qui fut prise, trois mois avant son entrée à la Charité, de douleurs vagues et mobiles dans le ventre, de nausées, de vomissements de bile, soif

vive et de quelques frissons suivis de chaleur forte. A l'exception des frissons, les symptômes avaient persisté dans les deux mois et demi qui suivirent; l'anorexie était complète, et il n'y avait de selles que par lavements. (*Le lait comme seul aliment; application de sangsues sur le ventre; pas de purgatifs.*)

Dans les quinze derniers jours, aggravation des symptômes, constipation opiniâtre qui résiste aux lavements, vomissements bilieux très fréquents, ventre très volumineux.

Le 1er mai, lendemain de l'entrée à l'hôpital : anxiété, figure souffrante mais non altérée, d'un rouge assez vif, cris plaintifs, intelligence nette. Langue rouge et sèche, soif vive, quelques nausées. Le ventre, volumineux, dépassait le niveau de la poitrine de plus d'un demi-pouce, était sonore partout, peu sensible à la pression, et au moment de l'exaspération des douleurs qui étaient vives depuis quatre jours et s'exaspéraient à intervalles assez rapprochés, les circonvolutions intestinales se dessinaient largement à sa surface, supérieurement surtout. Constipation, chaleur peu élevée, pouls presque imperceptible; respiration peu accélérée, toux nulle. (20 *sangsues sur le ventre, lav. avec* 30 *grammes d'huile de ricin.*)

L'écoulement du sang fut médiocre ; il n'y eut ni nausées, ni vomissements, ni selles.

Le 2 au matin, la figure est moins colorée, les traits sont calmes, non altérés; les douleurs moindres, le météorisme du ventre comme la veille. La langue est sèche et un peu rouge, le voile du palais est aussi d'un rouge assez vif à son pourtour ; la respiration est un peu haute, le pouls presque insensible. (*Lav. purgatif*, 4 *pilules de calomel de* 1 *décigramme chaque.*)

La malade poussa des cris presque continuels, souffrit beaucoup le reste du jour; eut, au rapport de ses voisines, deux petites selles, beaucoup d'agitation et conserva

sa connaissance, pour ainsi dire, jusqu'à la mort qui arriva le lendemain matin à deux heures.

Ouverture du cadavre 30 *heures après la mort.*

Maigreur extrême, ventre plus volumineux encore que pendant la vie.

Aucune altération de quelque importance dans les organes de la tête, du cou et de la poitrine. Nul épanchement dans l'abdomen. Les circonvolutions intestinales parfaitement libres, sans traces de fausses membranes, étaient larges, volumineuses, recouvraient l'estomac et refoulaient le diaphragme.

Il existe dans l'iléon, à peu de distance du cœcum, un obstacle au cours des matières fécales. L'intestin à ce niveau se portait presque verticalement de haut en bas dans le bassin vers l'utérus atrophié, adhérait à la face postérieure et latérale de ce dernier et à la face antérieure de l'ovaire droit par un tissu filamenteux très dense, se repliait ensuite sur lui-même en arrière et à gauche dans une direction horizontale parallèle à la première, revenait bientôt encore sur lui-même à droite pour se diriger ensuite en haut et s'aboucher après un court trajet dans le cœcum. Ces trois replis de l'iléon étaient unis entre eux par d'étroites adhérences, et représentaient assez bien par leur direction une espèce de Z, dont les branches parallèles seraient très rapprochées. La partie d'intestin qui leur correspondait avait environ quatre pouces de long, et l'on en comptait huit de leur terminaison au cœcum, en tout douze pouces depuis ce dernier jusqu'au point où commençaient les adhérences de l'iléon.

A l'intérieur, l'intestin grêle contenait une très médiocre quantité de gaz et une énorme quantité de matières fécales dont les premières traces évidentes commençaient

à quinze pouces du duodénum ; elles étaient verdâtres et pultacées. Depuis le duodénum jusqu'au point où commençaient les adhérences avec l'utérus, les parois de l'intestin étaient singulièrement élargies et épaissies ; mesurées à des distances égales, elles avaient à compter du duodénum, 5 pouces, 5 1/2, 6, 6, 6 1/2, 7, 6, 5 1/2 pouces de développement. Leur augmentation d'épaisseur était due presque entièrement à la membrane musculaire qui avait près d'un millimètre d'épaisseur dans la moitié voisine des adhérences, et donnait à cette partie une fermeté pareille à celle de l'estomac dans le voisinage du pylore.

La membrane muqueuse, doublée d'épaisseur, était partout très ramollie, et sur le bord libre des valvules conniventes qui étaient réduites à une simple crête, elle était criblée d'une foule de petites ulcérations de la largeur d'un grain de millet, ordinairement confluentes et formant une sorte d'ulcération linéaire comme les grains d'un chapelet. D'autres ulcérations irrégulières, ovalaires, de deux à quatre lignes de surface, à fond formé pour la plupart par la tunique musculaire, existaient dans l'intestin grêle, à savoir : trois à sa partie moyenne, et trente dans les dix-huit pouces qui précédaient immédiatement l'obstacle. — La partie de l'iléon étendue depuis ce dernier point inclusivement jusqu'au cœcum, avait son calibre ordinaire, et contenait une assez grande quantité de matières fécales analogues à celles décrites plus haut. Vis-à-vis l'adhérence avec l'ovaire, l'intestin était froncé dans le sens de la longueur, l'ovaire étant moitié moins long que la portion d'intestin qui lui correspondait : la membrane muqueuse était légèrement roussâtre, un peu ramollie et offrait dix ulcérations en tout semblables à celles décrites ci-dessus. Une onzième beaucoup plus considérable, d'un pouce de diamètre environ, très inégale, comme formée de la réunion de

beaucoup de petites ulcérations, occupait une plaque de Peyer, tandis que les autres se rencontraient dans toutes les autres parties de l'intestin.

Les glandes mésentériques étaient d'un rouge brun, volumineuses, un peu ramollies.

Rien de bien particulier dans le gros intestin. L'estomac est d'un volume médiocre et contient une fort petite quantité de liquide au-dessous du cardia; antérieurement il y a une surface blanche de la largeur de la paume de la main, puis au grand cul-de-sac et au delà, des bandes blanches de deux ou trois pouces de longueur sur autant de lignes de largeur, où la membrane muqueuse très ramollie est amincie ou détruite. Dans les intervalles cette membrane est d'une couleur jaune, d'une épaisseur et d'une consistance médiocres. Le long de la grande courbure, dans une surface de 15 à 20 pouces, la muqueuse est grisâtre et un peu mamelonnée. Cette membrane est amincie et très ramollie, ou entièrement détruite dans les trois quarts inférieurs de l'œsophage.

Rien de bien remarquable dans les autres organes.

Voici maintenant les remarques de M. Louis à propos de ce fait curisux. Je les transcris en entier en raison de leur extrême importance.

« Ici, nous retrouvons tous les symptômes caracté- » ristiques d'un étranglement interne ou d'un obstacle » quelconque au cours des matières fécales; des douleurs » de ventre, le météorisme, la constipation opiniâtre, » et en raison de la lenteur avec laquelle les accidents » avaient marché, nous crûmes, comme cela était en » effet, quand la malade fut soumise à notre observation, » que l'obstacle était incomplet. L'affection semblait » avoir débuté par l'estomac: la malade nous dit bien » qu'avec les vomissements, s'étaient manifestées, dès le » début, des douleurs dans tout le ventre; mais jusqu'à » l'avant-dernière semaine qui précéda sa mort, le vo-

» lume de l'abdomen ne lui parut pas augmenté, elle » eut des selles quotidiennes, provoquées, il est vrai, par » des lavements, mais enfin des selles quotidiennes, ce » qui éloigne l'idée d'un obstacle, du moins évident ou » un peu considérable, au cours des matières fécales; » tandis que la lésion de la membrane muqueuse de » l'estomac indique une affection déjà ancienne de ce » viscère, et est en harmonie avec la longue durée des » vomissements; en un mot il n'y a eu de symptômes » manifestes d'étranglement que dans les dix-huit der- » niers jours, et il n'est pas possible de le faire remonter » beaucoup au delà. On pourrait tout au plus, comme » nous l'avons fait entrevoir, *présumer* qu'il y avait déjà » à cette époque un léger obstacle au trajet des matières » fécales depuis assez longtemps.

» Quant à la cause qui avait suspendu le cours de ces » matières, il suffit de rappeler la disposition des parties » pour la rendre évidente. Nous avons vu en effet » qu'à douze pouces du cœcum, l'intestin grêle était » fixé à la partie inférieure du bassin, sur le côté » droit de l'utérus; que l'anse qui précédait immé- » diatement cette adhérence formait un angle très » aigu avec celle qui la suivait, et qu'au sommet » tronqué de cet angle, l'intestin offrait une espèce » de Z. Évidemment il eût suffi que l'intestin grêle eût » contracté des adhérences plus ou moins étroites avec » l'utérus au fond du bassin, et près du cœcum, pour » que le cours des matières eût été gêné, et ces effets » devaient être beaucoup plus marqués encore par la » disposition angulaire des parties qui se trouvaient de » chaque côté de l'adhérence, et surtout par les replis de » l'intestin dans cette dernière.

» Toutefois, il importe de le remarquer, la lésion qui » nous occupe, sans être congénitale, était sans doute fort

» ancienne; et comme elle avait existé longtemps sans
» produire d'effet appréciable, il faut admettre ici,
» comme en mille autres circonstances, une cause occa-
» sionnelle dont la nature nous échappe.

» Parmi les effets de l'affection qui nous occupe, l'état
» de l'intestin grêle au-dessus de son adhérence à la ma-
» trice est sans contredit le plus remarquable. Il était,
» comme nous avons dit, énormément dilaté, ses parois
» très épaissies, et cet épaississement était principale-
» ment dû à la membrane musculaire, qui avait au moins
» quatre fois plus d'épaisseur que dans l'état normal.
» Mais ce qu'il importe peut-être le plus de considérer
» ici, c'est que cet épaississement a eu lieu en très peu
» de temps; ce qui semble indiquer que l'hypertrophie
» d'un organe, du cœur par exemple, peut dans des cir-
» constances données avoir une marche très rapide, et
» qu'on ne saurait conclure son ancienneté par le degré
» où on la trouve à l'ouverture des corps. Ce fait con-
» firme encore ce qu'on sait depuis longtemps sur les
» causes de l'hypertrophie du cœur. Il convient néan-
» moins d'observer qu'il est souvent difficile, impossible
» même, de se rendre compte des causes de cette affec-
» tion, tandis que nous n'avons presque jamais observé
» l'hypertrophie un peu étendue de la membrane mus-
» culaire de l'intestin grêle, qu'il n'y eût en même temps
» un obstacle plus ou moins marqué au cours des ma-
» tières fécales. Nous en dirons autant des uretères que
» nous n'avons jamais trouvés épaissis, sans être en
» même temps dilatés, et sans un obstacle plus ou moins
» prononcé au cours de l'urine, sur leur trajet.

» L'état de la membrane muqueuse de l'intestin grêle
» mérite aussi quelque attention. Rouge foncé ou rousse,
» elle offrait un ramollissement très marqué dans toute
» son étendue, ramollissement qui doit être considéré

» comme le résultat de l'inflammation, vu que l'épaississement y était joint; et cet épaississement était considérable, puisque malgré la dilatation de l'intestin, la muqueuse avait au moins deux fois plus d'épaisseur que dans l'état normal. Les ulcérations de cette membrane, et l'état évidemment inflammatoire des ganglions mésentériques confirmeraient au besoin cette manière de voir. Observons encore que les ulcérations, si nombreuses et si remarquables par leur disposition, de l'intestin grêle, étaient une exception à la règle générale, puisque, ainsi que nous l'avons établi dans nos recherches sur la phthisie, on ne rencontre presque jamais d'ulcérations dans l'intestin grêle que chez les phthisiques et chez les individus qui ont succombé à des fièvres graves; au point que sur deux cents sujets dont nous avons examiné avec une scrupuleuse attention le canal intestinal, dans les deux dernières années, celui qui nous occupe fait seul exception à la loi dont il s'agit.

» Si l'étranglement par une bride est au-dessus des ressources de l'art, il doit en être tout autrement quand l'obstacle au cours des matières fécales reconnaît une cause semblable à celle qui existait dans le cas dont il vient d'être question; quand il n'y a pour ainsi dire qu'une sorte d'engouement comparable à celui qu'on observe dans les hernies: alors en effet on devrait beaucoup espérer des purgatifs administrés au début de l'affection, et comme il n'est guère possible de déterminer *a priori* celle de ces causes à laquelle on a affaire, il en résulte que les purgatifs doivent être administrés dans tous les cas, et jusqu'ici, comme dans mille autres, la chose véritablement importante pour le malade et pour le médecin c'est le diagnostic, et le diagnostic dans les premiers temps de la maladie, avant que le désordre soit au-dessus des ressources de la nature et

» de l'art, nouvelle raison de recueillir avec une extrême » exactitude tous les faits de la nature de celui que nous » venons d'exposer. »

S'il n'y a rien à ajouter à ces remarques si complètes de M. Louis, il n'y avait d'un autre côté absolument rien qui pût en être retranché ; c'est pourquoi je les ai reproduites en entier, malgré leur étendue.

Les faits qui vont suivre, loin d'infirmer, viendront au contraire confirmer, sous tous les rapports, la justesse de cette rigoureuse interprétation d'un fait qui était unique à l'époque où il a été publié.

II° OBSERVATION.

Engouement de l'intestin grêle survenu dans le cours d'une péritonite tuberculeuse; adhérences étendues de l'iléon, dont deux circonvolutions voisines du cœcum sont fixées au plancher de l'excavation pelvienne ; etc.

Un cordonnier, âgé de trente-deux ans, d'une taille moyenne, d'une constitution autrefois assez forte, ayant les cheveux châtains, se rend seul et à pied à l'hôpital Beaujon, division de M. Louis, le 20 juillet 1844.

Cet homme, qui gagnait deux francs par jour à coudre de gros souliers, s'enivrait quelquefois, au moins une fois par mois, se nourrissait habituellement assez mal, et avait eu pendant une partie de l'hiver précédent un rhume dont il avait été complétement guéri. Depuis quatre mois environ, ayant déjà maigri antérieurement depuis une époque indéterminée, il était mal portant, accusait souvent de fortes douleurs de tête ainsi que dans le bras gauche, avait l'appétit capricieux, des coliques fréquentes, et parfois un dévoiement plus ou moins abondant. Il maigrissait et perdait ses forces, ne

voulait cependant pas convenir qu'il était malade, et continua de travailler presque sans interruption.

Ces renseignements sont fournis par les amis du malade; quant à ce dernier, et sans qu'on ait pu en pénétrer la cause, il affirma constamment qu'il n'était malade que depuis deux jours avant l'entrée à l'hôpital; qu'à cette époque (18 juillet), se portant bien d'ailleurs, il fut pris en dînant de douleurs de ventre assez vives, de vomissements qui dès lors ont persisté, et d'une suspension complète des selles.

Le lendemain de l'entrée (22 juillet) on note l'état suivant: la maigreur est assez notable, la figure gaie et parfaitement naturelle; la mémoire et les sens sont en bon état. —La langue est nette et humide, l'appétit nul, la soif médiocre; dans la nuit plusieurs vomissements de matières qui n'ont pas été conservées. —Le ventre est *plat*, bien conformé, sans relief anormal, indolent partout sous une pression un peu forte, généralement peu sonore; de temps en temps quelques coliques au voisinage de l'ombilic; pas de selles depuis l'entrée; urines faciles. —Ni toux, ni douleurs thoraciques; rien d'anormal à l'exploration attentive des poumons et du cœur. — La chaleur est parfaitement naturelle, le pouls à 60, régulier, sans largeur. (*Gomme sucrée; eau de Seltz; lavement purgatif; diète.*)

Dans la journée, deux vomissements abondants de matières liquides, jaunâtres et troubles, d'une odeur évidemment fécale. Pas de selles.

Le 22, aucun changement, sauf que le ventre est moins plat que la veille. (*Prescript. ut suprà, de plus potion gomm. avec huile de croton gutt. iij.*)

Dans la journée, et pour la première fois depuis envi-viron cinq jours, 6 selles peu abondantes, composées de matières très liquides; en outre, deux vomissements très abondants de matières liquides tout à fait pareilles, pour

l'aspect et l'odeur, aux matières des selles. Le soir, le pouls est à 96, étroit et régulier; la langue, à peine jaunâtre, est assez nette; le ventre, toujours parfaitement indolent à la pression, est manifestement plus gros que le matin; il donne un son tympanique à sa partie moyenne, est presque mat dans les flancs, et n'est le siége que de quelques coliques rares et peu intenses, au niveau du nombril.

Du 23 au 31 juillet inclusivement, l'état du malade est le suivant : La figure conserve en général son expression de sérénité et parfois de gaieté; les *forces* diminuent peu à peu, mais néanmoins il en reste assez pour que, dans la matinée du 25, le malade soit allé se promener dans le jardin de l'hôpital; l'*amaigrissement* se prononce de plus en plus. La langue se maintient nette ou à peu près nette et médiocrement humide; la soif et l'appétit sont nuls. Des *vomissements* de matières ayant constamment les mêmes caractères, c'est-à-dire liquides, troubles, jaunâtres, d'une odeur évidemment stercorale, ont lieu les 23, 25, 28, 29, 30 juillet; dans les intervalles des vomissements il y a à peine quelques nausées. Quant aux évacuations alvines, ce n'est qu'à grand'peine et en employant avec persistance les purgatifs, que, pendant les huit jours dont nous nous occupons, on obtient le 24 une selle composée de quelques matières liquides et rougeâtres amenées par un lavement purgatif, et le 29 une autre selle plus abondante, composée pour la première fois de matières liquides dans lesquelles existent quelques fragments un peu consistants sans être durs, du volume d'un pois et dont on a vérifié la nature fécale. Le *ventre* reste indolent à la pression, ainsi que spontanément, sauf quelques coliques par intervalles. Il y a fréquemment des borborygmes dans la région de l'ombilic; et quant au météorisme, qui est très notable dans la même région le 23 et le 24, il diminue dès lors graduellement.

La chaleur générale n'est pas élevée, et le pouls varie entre 76 et 80, étroit et régulier.

(Chaque jour : *infus. de tilleul; glace sur le ventre; un ou deux lav. purgat.;* les 23, 26, 28 et 29 juillet : *potion gomm. avec gutt. iij d'huile de croton;* enfin le 24 et le 28 : tentatives pour introduire par l'anus *une sonde œsophagienne qui ne peut pénétrer à plus d'un demi-pied et n'amène rien.*)

1er *août.* — Amaigrissement considérable, joues creuses, expression de tristesse et d'abattement qui contraste avec la gaieté des jours précédents. Faiblesse très grande. Un vomissement de matières fécales la nuit dernière. Ventre un peu volumineux, un peu sonore partout et indolent. Selles involontaires très liquides, comme de l'eau colorée en jaune, Un peu de hoquet par intervalles. Chaleur naturelle, pouls étroit, régulier à 100. (3 *pilul. avec 1 gutt. d'huile de croton dans chaque; glace sur le ventre.*)

Les 2 et 3 août, faiblesse croissante, hoquet continuel, langue sèche, pas de vomissements; une selle peu abondante, très liquide et verdâtre. Le ventre est comme précédemment.

4 *août.* Le malade, qui a eu du délire la nuit et voulait se lever, est actuellement assoupi, répond brièvement et d'une manière incomplète et marmotte à demi-voix. Langue sèche et assez bien tirée. Ni vomissements, ni selles; persistance du hoquet. Pouls à 92, étroit et régulier. La mort survient le lendemain à quatre heures du matin, sans nouveaux symptômes et *sans qu'il y ait eu de toux à aucune époque du séjour à l'hôpital.*

Ouverture du cadavre 29 *heures après la mort, par une température de* + 20 *degrés centigrades.*

État extérieur. — Maigreur extrême, roideur pronon-

cée, teinte verdâtre sur le ventre qui est un peu plus gros que pendant la vie.

Tête. — L'examen très attentif de cette cavité ne fait constater que la lésion suivante : c'est un très gros tubercule de 15 millimètres de diamètre, arrondi, non enkysté, situé dans la substance blanche de l'hémisphère gauche du cerveau, à 4 centimètres de sa pointe postérieure au niveau du corps calleux. Il est jaune, verdâtre, opaque, assez consistant, s'énuclée aisément, et la substance cérébrale qui l'entoure, examinée avec beaucoup de soin, n'offre certainement aucune altération de couleur et de consistance.

Poitrine. — Adhérences celluleuses anciennes et générales du poumon gauche, qui contient des granulations grises, demi-transparentes, les unes immédiatement sous la plèvre, les autres réunies en un groupe de 2 centimètres au centre du lobe supérieur. Même altération dans le poumon droit; seulement dans le lobe supérieur il y a huit ou dix groupes de tubercules miliaires au lieu d'un, et en outre, tout à fait au sommet de ce même lobe, une caverne pouvant loger un pois. Ganglions bronchiques à l'état normal.

Le cœur, le péricarde, l'aorte, sont sains.

Abdomen. — Pas d'épanchement dans le péritoine.

Quelques adhérences peu étendues et la plupart filamenteuses et anciennes unissent la paroi abdominale au grand épiploon et ce dernier à quelques points des circonvolutions intestinales. Le plus grand nombre de ces brides filamenteuses aboutit à des espèces de plaques arrondies ou ovalaires, légèrement saillantes, grisâtres et d'un aspect radié, que l'on observe dans toute l'étendue du péritoine viscéral et pariétal, plaques qui sont situées sous la séreuse et formées par l'agglomération d'un grand nombre de très petits tubercules gris ou blanchâtres.

L'estomac, libre d'adhérences, d'un volume ordinaire, non hypertrophié et sain à ses deux orifices, contient quelques gaz et des matières jaunâtres. Au grand cul-de-sac, sa membrane muqueuse qui est lisse, mince, molle (lambeaux de 2 à 3 millimètres), offre sur un fond jaune des teintes irrégulières, rougeâtres ou gris bleuâtre. Ailleurs cette membrane est grisâtre, un peu mamelonnée surtout au voisinage du grand cul-de-sac, et d'une bonne consistance (lambeaux de 20 à 25 millimètres). L'intestin grêle, à partir du duodénum et dans l'étendue de 10 pieds, est libre d'adhérences, d'une couleur rosée à l'extérieur et considérablement dilaté (13 à 15 centimètres de circonférence). La dilatation est uniforme et s'accompagne d'un épaississement notable des parois, dû surtout à l'hypertrophie de la tunique musculeuse. Les valvules conniventes sont aussi plus fermes et mieux dessinées, et la membrane muqueuse, d'un jaune rosé ou grisâtre, est assez mince, non ulcérée, et s'enlève par lambeaux de 4 ou 5 millimètres.

Au-dessous de la portion qui vient d'être décrite, les anses de l'intestin grêle jusqu'à sa terminaison sont adhérentes entre elles et aux organes voisins au moyen de fausses membranes, les unes celluleuses et résistantes, les autres plus molles et noirâtres en certains points, toutes infiltrées de nombreuses granulations tuberculeuses. Deux de ces anses, appartenant à la dernière moitié de l'iléon, sont déclives dans l'excavation pelvienne, et par le sommet du coude anguleux qu'elles forment, adhèrent au plancher du bassin au moyen de fausses membranes pareilles à celles décrites ci-dessus.

Au surplus, la portion adhérente de l'intestin grêle offrait une disposition très sinueuse et en plusieurs points des coudes anguleux; mais partout elle avait son calibre ordinaire (circonf. 7 à 8 centimètres), et il a été

impossible de constater ni rétrécissement, ni brides, ni invaginations, etc.

Les parois offraient une couleur grisâtre, une épaisseur peu considérable et évidemment plus de friabilité qu'à l'ordinaire. A l'intérieur il y avait quelques gaz, des matières très liquides pareilles à celles rendues pendant la vie, et pas de corps étrangers ni de matières solides. Quant à la muqueuse, à l'exception des anses déclives dans le bassin où elle était rouge et très molle, cette membrane était ailleurs d'une couleur jaune pâle, non ulcérée, et s'enlevait par lambeaux de 3 ou 4 millimètres.

Les ganglions du mésentère ne présentaient rien de particulier.

Le gros intestin était peu volumineux, contenait quelques gaz, une petite quantité de matières liquides et n'offrait de notable qu'une coloration jaune-paille de sa membrane muqueuse, et cela par intervalles irréguliers. Là cette membrane était extrêmement molle, tandis qu'ailleurs elle s'enlevait par lambeaux de 2 à 5 millimètres.

Le rectum était vide et sain.

Quelques adhérences filamenteuses unissaient le diaphragme à la face convexe du foie. Ce dernier organe était sain d'ailleurs, et la vésicule ne contenait qu'une médiocre quantité de bile noire et grumeleuse.

La rate, le rein droit, la vessie, n'offraient rien de notable. Il y avait un tubercule cru, blanchâtre et opaque. de 2 millimètres dans le centre de l'un des cônes tubuleux du rein gauche.

Il s'agit ici de l'un de ces cas de tuberculisation générale, à marche lente, dont l'étude complète serait déplacée ici. Remarquons seulement que les nombreux tubercules, rencontrés dans la plupart des organes, re-

montaient de toute évidence à une époque plus reculée que celle indiquée par le malade comme étant le début de sa maladie, au moins à quatre mois auparavant, époque où, d'après ses amis, sa santé avait commencé à s'altérer d'une manière sensible; que l'on peut en dire autant des fausses membranes qui unissaient entre eux les divers organes de l'abdomen, ces fausses membranes n'ayant pu s'organiser et s'infiltrer de nombreuses granulations tuberculeuses dans un espace de temps qui n'aurait pas dépassé quelques jours.

A l'entrée à l'hôpital, nous savions que, depuis les quatre mois en question, le malade avait maigri et perdu ses forces, qu'il avait l'appétit capricieux, fréquemment des douleurs de ventre, et parfois plus ou moins de diarrhée; mais telle avait été la bénignité des symptômes, que le malade, qui d'ailleurs paraissait fort indifférent relativement à sa santé, avait pu continuer son travail presque sans interruption jusqu'à son entrée à l'hôpital; qu'à cette dernière époque il ne faisait remonter le début de sa maladie qu'à deux jours auparavant, et que nous n'avons pu savoir si, ainsi qu'on l'observe presque toujours, sinon toujours, dans la première période de la péritonite tuberculeuse, il y avait eu antérieurement des indices d'un épanchement de liquide dans l'abdomen, qui se serait ensuite résorbé.

En l'absence de ces antécédents importants, en l'absence aussi de signes de tuberculisation du côté des voies respiratoires, qui, s'ils eussent existé, auraient servi à déterminer la nature des symptômes observés du côté du ventre, le diagnostic de la péritonite tuberculeuse demeurait nécessairement incertain.

Notons, mais seulement en passant, l'existence du tubercule cru trouvé dans l'hémisphère *gauche* du cerveau, sa situation isolée dans la substance blanche, sans communication, même vasculaire, avec la pie-mère, et en-

fin, malgré son volume notable, l'absence de symptômes accusant nettement sa présence, ce dont l'intégrité de la substance cérébrale qui l'entourait donne bien la raison. Toutefois, il ne serait pas impossible que ce tubercule ait été le point de départ des maux de tête violents éprouvés parfois par le malade durant les quatre mois qui ont précédé son admission à l'hôpital.

Quant aux accidents qui ont motivé l'entrée à l'hôpital et dont la cause déterminante n'a pu être saisie, ils indiquaient bien évidemment l'existence d'un obstacle à la libre circulation des matières intestinales; car il y avait une constipation opiniâtre, des douleurs de ventre au moins par intervalles, des vomissements de *matières intestinales* et plus tard du météorisme du ventre. Mais ces symptômes, qui formaient par leur réunion un groupe dont la valeur diagnostique ne pouvait être douteuse, offraient en même temps dans leur ensemble et dans leur allure une telle bénignité, correspondaient à une telle absence de fièvre ou d'autres symptômes généraux graves, qu'il était dès lors permis de supposer, ce qui d'ailleurs ne tarda pas à se vérifier, que l'obstacle au cours des matières fécales ne tenait ni à un étranglement quelconque, ni à aucune autre de ces causes dont l'action est violente et rapide. Parmi ces symptômes, le météorisme a été remarquable par sa tardive apparition, car le ventre est resté *plat* pendant près de cinq jours à partir du début des autres accidents, et il est assez *à présumer* que cette circonstance est due en grande partie à ce que dès le commencement de la constipation il y a eu des vomissements abondants de matières provenant de l'intestin au-dessus de l'obstacle et qui le dégorgeaient à mesure.

On peut encore se demander si ce n'est pas à l'absence du météorisme et par suite de l'anxiété et du malaise qui en sont les effets les plus ordinaires, que l'on doit aussi

attribuer en partie la sérénité et même la gaieté qui étaient si remarquables pendant les premiers jours qui ont suivi l'entrée à l'hôpital.

Si les symptômes dont nous venons de parler avaient pu laisser quelques doutes sur l'existence d'un engouement intestinal, l'état de l'intestin grêle dans sa partie supérieure était bien de nature à les dissiper. En effet, bien que le cours des selles ait été rétabli dans les derniers jours de l'existence, il offrait encore, dans ses dix pieds supérieurs, des altérations véritablement caractéristiques d'un obstacle de quelque durée à la circulation de l'intestin. Il était très dilaté et ses parois étaient très épaissies en suite de l'hypertrophie de la tunique musculaire. Or cette double altération, déjà si marquée chez le sujet de l'observation de M. Louis, nous la retrouverons encore plus ou moins prononcée dans tous les faits qu'il nous reste à examiner.

Quant à la disposition organique qui a causé l'engouement, elle est au premier abord assez difficile à déterminer. Il n'existait ni brides, ni rétrécissements, ni invaginations, etc. Il est vrai qu'aux limites inférieures de la portion dilatée et épaissie, commençaient des adhérences qui transformaient le reste de l'intestin grêle en une sorte de tube sinueux peu ou point mobile, que les matières stercorales ne semblaient pas devoir traverser sans éprouver un ralentissement plus ou moins marqué. Toutefois, comme rien n'est plus commun que de rencontrer dans l'abdomen proprement dit des adhérences intestinales au moins aussi étendues sans qu'il en résulte une stase stercorale, on peut douter que dans le cas actuel un pareil effet eût été produit, si plus bas, dans la portion d'intestin plus voisine du cœcum, deux anses d'intestin n'eussent présenté des dispositions particulières. Ces deux anses présentaient en effet, réunies, bien des conditions défavorables à la circulation des matières

stercorales. Plongeant dans l'excavation pelvienne, elles étaient soustraites aux mouvements qu'aurait pu leur communiquer la paroi abdominale antérieure ; elles adhéraient à une partie peu ou point mobile, le plancher du bassin ; et en se fixant à ce dernier elles formaient un angle fort aigu, de telle sorte que dans leur seconde moitié, les matières devaient y circuler plus ou moins contre les lois de la pesanteur. Enfin, ces deux anses ainsi disposées suivaient immédiatement ce paquet de circonvolutions situé dans l'abdomen dont il vient d'être question, dont les parois friables, non hypertrophiées, et d'ailleurs gênées par les fausses membranes, devaient avoir assez perdu de leur force contractile pour qu'elles n'aient pu réagir sur les matières intestinales avec assez d'énergie pour leur faire franchir le nouvel obstacle plus considérable que les deux circonvolutions déclives dans le bassin leur présentaient.

Si le fait qui nous occupe était unique dans son genre, le rôle que j'assigne aux anses adhérentes dans le bassin n'aurait guère qu'une valeur de probabilité ; mais cette probabilité s'élèvera au degré de la certitude, ou peu s'en faut, lorsque nous aurons vu, dans les faits suivants, l'engouement être évidemment le résultat d'une disposition tout à fait analogue.

Quant à la disposition organique qui nous occupe, si l'on veut bien remarquer qu'elle a certainement préexisté aux symptômes d'engouement, et que, d'une autre part, ces derniers ont été dissipés sous l'influence des purgatifs drastiques, de telle sorte que la liberté du ventre a été rétablie pendant les derniers jours de l'existence, la cause organique persistant néanmoins, on devra nécessairement en conclure qu'ici encore, comme pour l'observation de M. Louis, la disposition anatomique qui nous occupe n'a agi qu'à titre de cause prédisposante plus ou moins puissante.

IIIe OBSERVATION.

Engouement incomplet de l'intestin grêle causé par l'adhérence de divers points de la moitié inférieure de l'iléon au détroit inférieur du bassin, ainsi qu'à un kyste séreux de l'ovaire droit, etc.

Une cuisinière de trente-cinq ans, blonde, grande et forte, d'une bonne santé habituelle, entre à l'hôpital Beaujon, dans la division de M. Louis, le 13 février 1843.

Sept semaines avant cette dernière époque, cette femme, enceinte pour la troisième fois, fit une fausse couche à deux mois et demi environ. L'avortement, qui eut lieu au troisième jour d'un voyage en voiture, s'accompagna d'hémorrhagie médiocrement abondante; mais à dater de ce moment, elle fut constamment malade, plus ou moins. Dans les trois semaines qui suivirent l'accident, sensation de poids et douleurs sourdes dans le bas-ventre avec tumeur dans cette région, constatée, dit-elle, par le médecin qui la soignait. Il y avait encore un léger appétit, les selles étaient naturelles et l'écoulement vaginal était médiocrement abondant. Au bout des trois semaines en question, un mois avant l'entrée, apparition de coliques souvent très intenses dans tout le ventre, avec augmentation notable et permanente de son volume; perte de l'appétit, selles très liquides, rares et très peu abondantes, nausées fréquentes sans vomissements. Ces divers accidents persistèrent tantôt plus, tantôt moins marqués; la malade s'affaiblit, perdit son embonpoint, et garda constamment le lit sans faire aucun traitement actif.

A son entrée à l'hôpital (13 février), elle est dans le décubitus dorsal; elle est maigre et très faible; l'intelligence et les sens sont à l'état normal. La langue est mé-

diocrement humide, nette et rouge à la pointe, jaune en arrière ; la bouche est amère, l'appétit nul, la soif médiocre. Pas de vomissements, mais nausées fréquentes, surtout pendant les coliques ou lorsque la malade se remue. Le ventre est très gros, uniformément tendu, indolent à la pression, et donne un son tympanique dans toutes ses parties, l'hypogastre excepté. Dans cette région on sent une résistance arrondie, peu sonore, qui dépasse de quatre travers de doigt environ le rebord du pubis.

Par intervalles irréguliers surviennent des coliques intenses occupant toute la région moyenne du ventre, plus intenses à gauche, et pendant la durée desquelles on voit se former des bosselures sonores bien prononcées, qui se dessinent un instant sur la paroi abdominale, puis disparaissent bientôt, et s'accompagnent d'un bruyant glouglou ou d'un volumineux bouillonnement indiquant la collision de liquides et de gaz dans l'intestin dilaté. Depuis quatre ou cinq jours, il y a de une à trois selles, très liquides et très peu abondantes, dans les vingt-quatre heures ; à peine quelques gaz par l'anus ; écoulement vaginal léger ; seins affaissés ; la respiration est normale, ainsi que les battements du cœur. Le pouls est à 100 ; la chaleur douce et humide. (*Riz gommé ; pot. gomm. avec op.* 0,03 ; *fomentat. émoll. sur le ventre ; diète.*)

A partir de ce premier examen jusqu'au 31 mars, où la malade succomba dans un état de maigreur et de faiblesse extrêmes, les symptômes varièrent assez peu. Ainsi, *le ventre* conserva jusqu'à la fin un météorisme considérable avec relief d'abord momentané, puis permanent des anses intestinales à sa surface. Les coliques ne se calmèrent un peu que dans les huit ou dix derniers jours ; la bouche resta amère, la langue jaunâtre, les nausées persistèrent et en outre il y eut, du 23 février au 9 mars, des vomissements de matières *vertes* et *amères*.

À quelques exceptions près, il y eut chaque jour une ou deux selles très liquides, peu abondantes et sans ténesme. Le pouls, d'abord à 90, monta ensuite à 100-104, et ne dépassa ce dernier chiffre que momentanément, de manière à atteindre une fois 116, une autre fois 120 pulsations.

Il n'y eut de troubles du côté du système nerveux que dans les derniers jours, où il survint un peu de délire.

Ouverture du cadavre 32 heures après la mort.

La maigreur est excessive, le ventre moins gros que pendant la vie.

Les organes de la tête et de la poitrine, *examinés avec soin et détail*, n'offrent aucune altération notable.

Abdomen. Pas d'épanchement dans le péritoine; dilatation considérable de l'intestin grêle, dont plusieurs anses concourent à former les parois d'un foyer situé dans l'excavation pelvienne, et qui sera décrit tout à l'heure.

L'excavation du bassin est plus qu'à moitié remplie par une tumeur qui occupe toute sa moitié droite, s'avance même de manière à dépasser à gauche la ligne médiane, et remonte supérieurement jusqu'au niveau de l'angle sacro-vertébral.

Cette tumeur, qui est ovoïde, fluctuante, n'est autre qu'un kyste séreux de l'ovaire *droit*. Ce *kyste*, non cloisonné, contient un liquide limpide et citrin, d'une odeur fade, et ses parois, épaisses d'un millimètre, sont formées par l'adossement de deux membranes, l'une externe, plus épaisse, opaque, fibro-celluleuse, l'autre interne, transparente, et d'une excessive ténuité. Le tissu de l'ovaire droit a complétement disparu. À gauche, ainsi qu'en avant de ce kyste, l'excavation du bassin est transformée en un foyer anfractueux, plein d'un liquide

verdâtre et jaunâtre, opaque et très fétide. Ce foyer, qui est formé dans le péritoine pelvien, est borné supérieurement par des anses d'intestin grêle qui adhèrent entre elles ainsi qu'au kyste décrit et au pourtour du détroit supérieur du bassin, au moyen de fausses membranes assez molles, blanchâtres ou grisâtres. En suivant l'intestin grêle de bas en haut à partir du cœcum, voici ce que l'on observe : le premier pied est libre sans hypertrophie de ses parois et a son calibre ordinaire. Au delà, dans la longueur de deux pieds, l'intestin adhère comme il vient d'être dit, en formant de nombreuses sinuosités et des coudes anguleux; mais il a conservé son calibre ordinaire et l'épaisseur normale de ses parois. Plus haut, dans la longueur de 3 pieds, les circonvolutions sont libres d'adhérences, ne concourent pas à former le foyer pelvien, et offrent une dilatation notable (12 centimètres de circonférence) avec épaississement bien prononcé des parois intestinales, dû surtout à la tunique musculaire. Enfin, au delà de cette portion libre, toujours en s'éloignant du cœcum, on rencontre de nouveau des anses intestinales adhérentes. Elles sont au nombre de trois et avoisinent l'S iliaque du côlon. L'une d'elles adhère à ce dernier intestin; une autre, largement perforée à sa partie la plus déclive qui atteint le niveau du détroit supérieur du bassin, s'ouvre dans le foyer, à côté d'une perforation, également très large de l'S iliaque. Enfin les trois cinquièmes supérieurs environ de l'intestin grêle sont entièrement libres d'adhérences, offrent à l'extérieur une couleur rosée, un calibre uniforme et bien plus considérable qu'à l'ordinaire (12 à 14 centimètres) et une hypertrophie très manifeste de la tunique musculeuse. L'hypertrophie et la dilatation en question vont en diminuant à mesure qu'on remonte, et sont enfin à peine marquées au niveau des premiers pieds du jéjunum. L'intestin grêle contient une assez grande quantité de matières

jaunâtres très liquides, quelques gaz et pas de matières solides. Quant à sa membrane muqueuse, elle est rosée et s'enlève par lambeaux d'environ 5 millimètres dans les portions libres et dilatées; elle est au contraire ardoisée et très molle dans les anses adhérentes. Elle n'est nulle part ulcérée, sauf au niveau de la perforation mentionnée ci-dessus, laquelle semble évidemment avoir procédé de l'extérieur à l'intérieur, la membrane muqueuse étant détruite dans une moindre étendue que les membranes les plus externes.

Le gros intestin n'offre rien de bien remarquable. Il n'est pas dilaté et ne contient qu'une petite quantité de matières demi-liquides. Sa membrane muqueuse est pâle, un peu molle, et n'est ulcérée qu'au niveau de la perforation de l'S iliaque mentionnée plus haut. Cette perforation est ovalaire, longue de 3 centimètres, à bords frangés; elle fait communiquer largement l'intestin avec le foyer du bassin, et, de même que celle de l'intestin grêle, elle semble avoir procédé de l'extérieur à l'intérieur.

L'estomac est un peu volumineux et n'a pas été ouvert. Le foie est un peu gros, jaune pâle, et bien qu'il n'y ait de tubercule *dans aucun organe, il graisse fortement le scalpel* (1).

La rate, les reins, la vessie, l'utérus, l'ovaire gauche n'offrent rien de particulier.

Sans m'arrêter à vouloir décider si le kyste de l'ovaire

(1) Il s'agit ici d'une rare exception à la loi très générale qui établit que l'état gras du foie ne s'observe presque exclusivement que chez des phthisiques. Sur 49 cas où le foie offrait cette altération, M. Louis (*Phthisie*, 2e édition, p. 118) n'en a trouvé que deux où il n'existait pas en même temps des tubercules pulmonaires. Pour mon compte, et en y comprenant le cas actuel, j'ai rencontré cette exception trois fois, toujours chez des femmes, qui, chose remarquable, étaient toutes atteintes d'une affection plus ou moins grave de l'utérus ou des ovaires. Dans ces trois cas, la recherche des tubercules a été faite avec une attention scrupuleuse.

droit a pris naissance à la suite de l'avortement, ou si ce dernier n'a pas été plutôt le résultat de la présence de ce kyste, dont l'origine remonterait alors à une époque plus reculée, sans m'arrêter davantage à rechercher quel est le point de départ du foyer pelvien, je vais m'occuper de suite des troubles survenus dans la circulation stercorale.

Certes, si l'on n'eût examiné les choses que d'une manière superficielle, on aurait pu croire qu'il s'agissait, dans le cas actuel, de toute autre chose que d'un engouement intestinal, puisque, jusqu'à la mort, il y eut chaque jour ou presque chaque jour une ou plusieurs selles très liquides. Mais, et le lecteur l'a déjà sans doute remarqué, le météorisme croissant de l'abdomen succédant aux signes d'un travail sourd dans le bas-ventre, les coliques fréquentes accompagnées d'une sorte de bouillonnement dont le timbre indiquait la collision de liquides et de gaz dans un intestin dilaté, la permanence et la longue durée de ces accidents (environ dix semaines), toutes ces circonstances réunies permettaient de diagnostiquer, sinon avec une complète certitude, du moins avec de grandes probabilités, l'existence d'un obstacle, incomplet il est vrai, mais enfin d'un obstacle, à la libre circulation des matières intestinales.

Au surplus, les détails de l'autopsie ne sauraient laisser aucun doute sur les faits dont il s'agit. En effet, l'intestin grêle, dans ses trois cinquièmes supérieurs, offrait les lésions caractéristiques que nous connaissons déjà d'une stase stercorale d'une certaine durée, c'est-à-dire la dilatation de ses parois, jointe à l'hypertrophie de sa membrane musculeuse, et cela, bien que l'engouement ait été incomplet. Puis aux limites inférieures de cette double altération, plusieurs circonvolutions de l'iléon, déclives à l'entrée de l'excavation du petit bassin, adhéraient d'espace en espace, soit entre elles, soit à divers

points du détroit supérieur, ainsi qu'au kyste de l'ovaire, en faisant de nombreuses sinuosités. Il y avait là des conditions suffisantes pour donner lieu à une gêne plus ou moins grande de la circulation stercorale, et il est évident qu'on ne saurait en chercher ailleurs la cause.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est l'état des portions d'intestin libres de toute adhésion, intermédiaires aux divers points adhérents qui nous occupent. Elles étaient dilatées et en même temps épaissies aux dépens de la tunique musculaire hypertrophiée, en sorte que l'on ne saurait douter que chacun de ces points adhérents n'ait constitué à lui seul un obstacle plus ou moins prononcé à la circulation intestinale. D'où il résulte décidément que des adhérences beaucoup moins étendues et beaucoup moins multipliées que celles qui existaient chez cette malade auraient suffi pour donner lieu aux symptômes d'engouement que nous avons observés. J'ajoute que cette conclusion est conforme avec ce que plusieurs de nos autres faits établissent, mais que ce n'est pas tant l'étendue plus ou moins grande des adhérences intestinales, que leur disposition particulière, qui joue le principal rôle dans la production de l'engouement qui nous occupe.

Quant à la persistance des selles, lesquelles, on s'en souvient, étaient composées de matières très peu abondantes et toujours très liquides, cette persistance peut s'expliquer assez bien par la nature même de l'obstacle qui laissait à l'intestin grêle toute sa perméabilité. Mais il est aussi fort possible que ces matières provenaient, au moins en partie, directement de l'intestin grêle par l'intermédiaire du foyer pelvien, dans lequel s'ouvraient à la fois un point de l'iléon et de l'S iliaque. Cette opinion paraît d'autant moins improbable que l'état du gros intestin, dont la membrane muqueuse n'offrait qu'une très légère mollesse, peut-être cadavérique, n'explique-

rait pas l'extrême liquidité des matières stercorales dans le cas où elles l'auraient parcouru comme à l'état normal, dans toute sa longueur.

IVe OBSERVATION.

Engouement de l'intestin grêle causé par des adhérences très anciennes de la fin de l'iléon avec le détroit supérieur du bassin. — Péritonite aiguë générale, précédant immédiatement les symptômes de l'engouement.

Il s'agit d'un paveur de quarante ans, grand et fort, d'un embonpoint médiocre, qui vint à l'hôpital Beaujon, division de M. Louis, le 2 juillet 1843.

Cet homme qui jouissait habituellement d'une bonne santé, et qui n'avait été malade à garder le lit qu'il y a vingt ans environ, pour une maladie restée inconnue, assure n'avoir jamais éprouvé d'accidents pareils à ceux qui l'amènent actuellement à l'hôpital.

A son entrée il accusait douze jours de maladie, affirmait qu'avant cette époque il avait bon appétit, n'éprouvait aucune souffrance, et qu'il n'avait fait aucun excès de nourriture ou de boisson qui pût expliquer l'apparition des accidents. Ceux-ci débutèrent par de légers frissons avec tremblement, suivis de fatigue dans tous les membres, d'un dévoiement médiocrement abondant accompagné de quelques petites coliques au-dessous de l'ombilic, et d'une sensation de *constriction* dans le bas-ventre; l'appétit était conservé en grande partie. Ces accidents persistèrent pendant six jours sans changement notable, à l'exception des frissons qui ne s'étaient pas reproduits, et des coliques qui devinrent plus vives vers le quatrième jour. A partir du sixième jour (28 juin), suppression complète des selles, perte de l'appétit et augmentation marquée dans le volume du

ventre qui est notablement douloureux et sur lequel on applique 18 sangsues qui fournissent abondamment. Enfin, deux jours après (30 juin), dans la nuit surviennent des vomissements fréquents de matières amères.

Le 3 juillet, lendemain de l'entrée, la figure est un peu anxieuse, les yeux sont cernés; l'intelligence est intacte ainsi que les sens. Il n'y a ni maigreur ni faiblesse très notables. La langue est blanchâtre, assez humide; la soif vive avec inappétence; il y a des nausées et des vomissements assez fréquents de matières liquides, verdâtres, amères, sans odeur fécale, et rendues sans beaucoup d'efforts. Le ventre est un peu gros, uniformément tendu, partout bien sonore et sans relief appréciable des anses intestinales. Il est moins douloureux spontanément et à la pression que précédemment. *Pas de selles depuis cinq jours;* urines faciles. La chaleur est presque naturelle; le pouls étroit, dépressible et d'ailleurs régulier, est à 132. Rien d'anormal du côté des poumons et du cœur. (*Solut. sp. de gom. à la glace; foment. émol. sur l'abdomen; 2 lavem. purgat. avec séné et sulfate de soude, de chaque* 60 *gram.*)

Dans la journée, quatre selles peu abondantes, entièrement liquides. Persistance des vomissements et du météorisme du ventre, qui est en même temps un peu plus douloureux que le matin.

Le soir, *on prescrit* 50 *sangsues sur le ventre et une potion avec* 3 *gouttes d'huile de croton tiglium.*

4 juillet. Un vomissement de matières vertes et amères dans la nuit; actuellement soif vive, inappétence, nausées, tension uniforme assez marquée du ventre, qui est très sonore et notablement moins douloureux qu'hier. Le pouls est à 108, régulier, sans caractères particuliers.

(*Limonade à la glace*, 2 *pots; potion gom. avec addition d'huile de croton tiglium*, 3 *gouttes*, *et essence de*

menthe, 5 *gouttes*; 2 *lavem. purgat.*; *foment. narcot. sur l'abdom.*; *diète absolue.*)

Dans la journée, tantôt avec efforts violents, tantôt presque sans efforts, vomissements abondants de matières verdâtres et floconneuses sans odeur fécale; quatre selles très liquides, jaunâtres, peu abondantes, avec quelques flocons muqueux.

Le soir, aucun affaissement du ventre, qui est toujours ballonné, très sonore partout et à peu près indolent même à la pression, sauf à l'épigastre. Pouls à 128, régulier, médiocrement large; chaleur moyenne, avec tendance à la moiteur.

Du 5 au 13 juillet inclusivement, l'état du malade semble offrir une certaine amélioration; il y eut constamment de l'inappétence, assez ordinairement des nausées, des renvois gazeux, quelquefois du hoquet, mais il n'y eut qu'un seul vomissement (le 5 juillet). La soif persista assez vive, et il y eut chaque jour de une à sept selles très liquides, jaunâtres et verdâtres, sous l'influence des lavements purgatifs et surtout de l'huile de croton tiglium, dont l'usage fut continué presque chaque jour à la dose de 1 à 3 gouttes en pilules. Le ventre, dont le ballonnement et la sensibilité, soit spontanément, soit à la pression, commencèrent à décroître à partir du 5, eut, à partir du 11 et jusqu'à la mort, un volume naturel ou à peu près naturel, et offrit, à dater de la même époque et aussi jusqu'à la fin, une sensibilité peu développée, quelques coliques généralement peu intenses, une sorte d'empâtement sonore et un peu douloureux à la pression dans sa moitié sous-ombilicale, et à l'épigastre une sensibilité plus vive encore, mais non exagérée. Le pouls, médiocrement plein et régulier, varia entre 100 et 108 pulsations; la chaleur à la peau resta un peu élevée avec sueurs parfois abondantes, et, à partir du 5, on nota, à la surface de l'abdomen et du

thorax, un assez grand nombre de sudamina petits et transparents.

Le 14, dans la journée, il y eut un frisson assez léger, suivi dans la soirée de l'apparition, au côté droit du nez, d'un érysipèle qui, dès lors, s'étendit peu à peu à toute la figure. A partir de ce moment, le pouls s'accéléra de plus en plus (116, 120, puis 142 pulsations), l'affaissement augmenta ; il s'y joignit, le 16, outre un peu de délire, les signes d'un épanchement dans le tiers inférieur de la plèvre droite, et le 18, à 3 heures du soir, le malade succomba après une heure de râle trachéal, dans un état de maigreur et d'épuisement extrêmes.

Ouverture du cadavre 40 heures après la mort, par une température de + 20 degrés centigrades.

Maigreur générale considérable ; vergetures violacées à la partie postérieure du tronc et des membres ; couleur verdâtre sur l'abdomen.

Tête. — L'encéphale et ses membranes, examinés avec un soin minutieux, sont parfaitement à l'état normal.

Poitrine. — La plèvre gauche est saine ; la droite contient un demi-litre de sérosité louche et floconneuse, et inférieurement ses deux feuillets sont tapissés par des fausses membranes molles, jaunâtres et verdâtres, de 1 à 2 millimètres d'épaisseur. Les deux poumons sont sains, à part un engouement prononcé de leurs parties déclives.

Deux cuillerées à soupe de sérosité citrine et limpide dans le péricarde. Le *cœur*, d'un volume ordinaire, est flasque, et la surface interne de ses quatre cavités est d'un rouge foncé uniforme, sans autre altération.

Abdomen. — Pas d'épanchement dans le péritoine. L'intestin grêle, à l'exception de quelques anses de la

fin de l'iléon, forme dans l'abdomen une masse lâchement unie par des fausses membranes très molles, blanchâtres et jaunâtres, plus ou moins épaisses, qui collent entre elles les circonvolutions, et qui, çà et là, circonscrivent quelques petits foyers de pus verdâtre et bien lié. Les circonvolutions ainsi réunies sont notablement dilatées; leurs parois sont au moins doublées d'épaisseur, et cet épaississement est dû exclusivement à l'hypertrophie de la membrane musculaire; elles contiennent des gaz, une quantité notable de matières jaunâtres, troubles, très liquides, et leur membrane muqueuse partout pâle et un peu molle, n'offre de remarquable qu'une perforation au niveau du jéjunum. Cette perforation a 2 ou 3 millimètres de diamètre; elle communique avec un petit foyer purulent limité par les fausses membranes molles décrites plus haut, et est plus évasée du côté de la surface séreuse de l'intestin que du côté de la surface interne.

Quelques anses appartenant à la fin de l'iléon ne font pas partie de la masse qui vient d'être décrite. Plongeant un peu dans l'excavation du bassin, sans atteindre son fond, elles adhèrent entre elles ainsi qu'au pourtour du détroit supérieur du bassin, au moyen d'adhérences évidemment fort anciennes, résistantes, et dont quelques unes ont la minceur et la transparence d'une membrane séreuse. Ces anses adhérentes offrent en plusieurs points des sinuosités très marquées, des coudes multipliés, plus ou moins brusques. Elles ne contiennent qu'une médiocre quantité de matières jaunâtres et liquides, et point de corps étranger. Elles ont leur calibre et leur épaisseur ordinaires, n'offrent aucune race d'ulcération ni de rétrécissement. L'hypertrophie de la tunique musculaire et la dilatation de l'intestin grêle cessent à l'origine des adhérences anciennes qui nous occupent.

Le gros intestin n'offre rien de bien remarquable.

L'estomac, un peu gros, présente au grand cul-de-sac un ramollissement très marqué de sa membrane muqueuse, qui d'ailleurs est d'une consistance moyenne.

Le foie est volumineux, jaune pâle, *peut-être* gras. La vésicule biliaire contient une notable quantité de bile pâle, un peu louche, sans calculs. La rate, d'un volume moyen, est couleur *lie de vin* et presque diffluente. Les reins, la vessie, sont à l'état normal.

Ainsi, chez un homme robuste et dans la force de l'âge, aux symptômes d'une entérite légère, tels que dévoiement et coliques accompagnées d'un sentiment de constriction dans le bas-ventre, survenus sans cause appréciable, succèdent, au bout de six jours, une sensibilité très grande de tout l'abdomen avec météorisme, suppression complète de toute évacuation alvine, des vomissements bilieux, etc.; c'est-à-dire des symptômes de péritonite aiguë et d'un engouement intestinal.

Après cinq jours de suspension complète des selles, ces dernières reparaissent sous l'influence des purgatifs; mais la cause qui semblait avoir occasionné leur suppression paraît persister encore pendant quelques jours à un certain degré, car le météorisme de l'abdomen ne cède que lentement, peu à peu, grâce à l'emploi persistant des purgatifs drastiques. A l'autopsie, on constate au premier coup d'œil les lésions d'une péritonite aiguë de date très récente, et si, comme il arrive trop souvent, on se fût contenté d'un examen anatomique rapide et superficiel, on eût sans doute expliqué les accidents d'engouement par l'inertie de l'intestin, résultat de l'espèce de torpeur qui, dit-on, frappe le tissu musculaire voisin d'organes enflammés. Et cette explication, qui d'ailleurs semble vraie dans une certaine mesure et pour un certain nombre de cas, eût paru d'autant plus accep-

table ici, que l'engouement n'avait offert ni une grande ténacité ni une longue durée. Mais l'étude plus complète des lésions démontre avec évidence que telle n'est pas la cause au moins principale de la stase stercorale dans le cas qui nous occupe. En effet, nous retrouvons dans l'intestin grêle dilaté, l'hypertrophie de sa membrane musculeuse, lésion que nous savons être le résultat de la réaction de l'intestin sur les matières qui tendent à le dilater, lorsqu'un obstacle vient à entraver la circulation stercorale. Or, comment concilier une hypertrophie par cette cause avec l'hypothèse d'un engouement par inertie de l'intestin? D'ailleurs, au milieu environ de la longueur de l'iléon, la dilatation et l'hypertrophie cessaient, puis, à partir de ce point jusqu'au cœcum, l'intestin, qui avait repris son calibre naturel et l'épaisseur normale de ses parois, présentait une disposition semblable à celle que nous avons déjà rencontrée dans deux des faits précédemment rapportés, et qui ici, comme dans les faits en question, est évidemment la cause de l'engouement.

En effet, les dernières anses de l'iléon, plus ou moins déclives dans le bassin, adhéraient, soit entre elles, soit à divers points du détroit supérieur au moyen de fausses membranes anciennes, et présentaient, ainsi fixées, une foule de sinuosités et des coudes anguleux, défavorables à la circulation des matières stercorales. Il est d'ailleurs à remarquer, que du moment où l'on admet l'influence de ces adhérences comme cause de l'engouement, il faut nécessairement admettre aussi qu'elles n'ont agi qu'à titre de prédisposition organique, car ces fausses membranes étaient celluleuses, résistantes, en tous cas fort anciennes, et remontaient *peut-être* à vingt ans auparavant, époque de la seule maladie grave éprouvée par le malade avant celle qui l'a amené à l'hôpital.

Quant à la cause déterminante de l'engouement, elle

est difficile à déterminer. Toutefois les symptômes de l'engouement ayant suivi de très près l'apparition des douleurs de ventre, attribuables à la péritonite aiguë, on doit se demander si le premier effet de l'inflammation de la séreuse n'a pas été de produire la *torpeur* dont il a été question tout à l'heure, dans la contractilité de la membrane charnue de l'intestin, et de mettre en jeu la prédisposition organique qui nous occupe. On peut aisément concevoir que cette diminution de la contractilité intestinale qui, chez un sujet non *prédisposé*, n'aurait peut-être produit que plus ou moins de constipation, devra avoir un effet bien plus marqué, du moment que, sur un point plus ou moins étendu, il existe déjà une cause de ralentissement dans la progression des matières intestinales.

La stase stercorale une fois établie, l'intestin aurait fini par réagir sur les matières qui, s'accumulant au-dessus de l'obstacle, tendaient à le dilater, et il en serait résulté l'hypertrophie, que nous avons constatée, de sa tunique charnue.

Cette explication, au sujet de la cause déterminante de l'engouement, est sans doute fort vraisemblable ; mais comme il y a souvent loin entre une chose vraisemblable et une vérité démontrée, de nouveaux faits sont nécessaires avant de rien conclure.

Je termine ces remarques en mentionnant seulement, mais pour y revenir plus tard, la rapide formation de l'hypertrophie musculaire de l'intestin grêle ; la guérison de l'engouement intestinal par l'emploi des purgatifs ; la mort du malade par péritonite et l'impossibilité d'expliquer cette dernière autrement que par la perforation de l'intestin au niveau du jéjunum.

L'observation suivante, malheureusement incomplète sous bien des rapports, semble d'ailleurs venir à l'appui de ce qui vient d'être dit tout à l'heure au sujet de l'in-

fluence de la péritonite aiguë comme cause *déterminante* de l'engouement.

Vᵉ OBSERVATION.

Engouement de l'intestin grêle par suite de l'adhérence de deux anses de l'iléon voisines du cœcum, à la face postérieure de la vessie hypertrophiée, péritonite aiguë, etc.

Un tailleur de pierre, âgé de quarante-neuf ans, d'un embonpoint moyen, d'une assez forte constitution, entre à l'Hôtel-Dieu le 23 juillet 1839.

Ce malade, anxieux, très souffrant, d'une intelligence d'ailleurs obtuse, ne peut donner sur son état des renseignements bien précis. Tout ce que l'on peut savoir avec certitude, c'est que depuis *longtemps* il souffrait plus ou moins du côté de la vessie, que depuis cinq jours des douleurs vives étaient survenues dans tout le ventre, douleurs auxquelles étaient venues s'ajouter presque aussitôt une suppression dès lors complète des selles et une augmentation croissante dans le volume du ventre. Il dit qu'en outre, depuis la veille, la difficulté d'uriner s'était changée en une rétention complète.

Actuellement le ventre est tendu, ballonné, très douloureux à la pression, particulièrement à l'hypogastre et aux flancs. La sonde, immédiatement introduite sans difficulté notable, donne issue à une grande quantité d'urine ayant ses caractères ordinaires. Un lavement purgatif donné ensuite est rendu sans amener de matières fécales. A partir de ce moment jusqu'à la mort, survenue trois jours après, l'anxiété et la perte des forces allèrent croissant; la rétention d'urine persista au point de nécessiter au moins deux fois par jour l'introduction *chaque fois plus laborieuse*, de la sonde, laquelle donnait issue à une urine sanguinolente.

Le ventre resta météorisé et très sensible à la pression, et, malgré l'emploi de quelques purgatifs donnés, il est vrai, avec peu d'insistance, soit par la bouche, soit par l'anus, la constipation persista opiniâtrément jusqu'à la fin. Il y eut aussi, à partir de la nuit qui suivit l'entrée à l'hôpital, des vomissements assez fréquents de matières peu abondantes, brunâtres et fétides.

Ouverture du cadavre 56 *heures après la mort.*

L'abdomen est seul ouvert.

Le péritoine contient une faible quantité de liquide roussâtre. La plupart des circonvolutions de l'intestin grêle sont comme agglutinées entre elles, de manière à former une espèce de masse située dans la partie moyenne du ventre, par des fausses membranes blanchâtres, extrêmement molles, de formation très récente. Plus bas, deux anses appartenant à la fin de l'iléon, étaient déclives dans l'excavation du bassin, et adhéraient, l'une au sommet, l'autre à la partie postérieure et inférieure de la vessie au moyen de fausses membranes plus résistantes et de date plus ancienne que celles indiquées tout à l'heure, mais sans organisation encore évidente. Ainsi fixées, ces anses sinueuses avaient conservé leur calibre et leur perméabilité, et à partir de la dernière d'entre elles, l'iléon, remontant du bassin dans l'abdomen venait s'aboucher dans le cœcum après un trajet d'environ 20 centimètres. La portion d'intestin grêle contenue dans l'abdomen était dilatée par une grande quantité de matières fécales liquides, et ses parois présentaient un épaississement de la membrane musculeuse surtout, lequel, sans être considérable, était néanmoins très évident. En aucun point il n'existait ni ulcération ni perforation.

Le gros intestin était sain, avait son calibre ordinaire,

et ne contenait que quelques matières glaireuses et des gaz.

La vessie offrait des lésions nombreuses et fort remarquables. Du volume du poing extérieurement, elle offrait une consistance insolite, due à l'hypertrophie énorme de ses membranes, du plan charnu particulièrement. Celui-ci atteignait une épaisseur qui variait entre 5 et 10 millimètres. Les faisceaux charnus hypertrophiés et entrecroisés en divers sens, formaient à la surface intérieure de l'organe, des reliefs très prononcés, et donnaient à cette surface interne un aspect aréolé tout à fait comparable à celui de la surface intérieure des ventricules du cœur. En arrière, sur la ligne médiane, au-dessus du niveau de l'orifice des uretères, existait une ouverture frangée irrégulière, de 4 ou 5 centimètres de diamètre et conduisant dans une arrière-cavité arrondie, à parois blanchâtres, lisses et unies, pouvant contenir une orange de moyenne grosseur. Cette arrière-cavité anormale était formée ensuite de la rupture du plan charnu hypertrophié ou tout au moins de l'écartement de ses faisceaux, aux dépens des membranes extérieures dilatées.

Bien que l'on ne constate aucune perforation de la vessie, il semblerait que c'est au niveau de cette portion dilatée qu'a débuté l'inflammation péritonéale, au moins dans l'origine, car c'est à ce niveau qu'existent les adhérences les plus anciennes, celles qui fixent les anses de l'iléon déclives dans le bassin.

Toujours à l'intérieur de la vessie, mais en avant, immédiatement au-dessus de l'orifice de l'urètre, on observe une tumeur pyriforme, du volume d'une noix de moyenne grosseur, un peu pédiculée, et pouvant, en s'abaissant, s'appliquer plus ou moins à la façon d'une soupape sur l'orifice urétral, lors de la contraction expulsive de la vessie. Cette tumeur, tapissée extérieu-

rement par la membrane muqueuse vésicale, est formée intérieurement par un tissu cellulaire blanchâtre, criant sous le scalpel, sans aspect cancéreux. Le canal de l'urètre n'offre pas de rétrécissement; la prostate est légèrement hypertrophiée, mais sans saillie anormale dans la portion du canal qu'elle embrasse. Enfin l'ouverture d'une *fausse route* très récente existe sur la portion de la paroi antérieure du canal qui correspond à l'arcade pubienne. De là, son trajet s'étend jusqu'à la face inférieure de la tumeur décrite tout à l'heure au col de la vessie, ayant dans tout ce trajet, qui est rempli de sang, glissé sous la membrane muqueuse de l'urètre, du col de la vessie et de celle qui tapisse la face inférieure de la tumeur en question. Là elle se termine en cul-de-sac, n'étant séparée de la cavité de la vessie que par cette membrane muqueuse.

Les autres organes génito-urinaires, reins et uretères, n'ont pu être examinés.

Ce fait, tout incomplet qu'il puisse être, et d'ailleurs trop abrégé pour qu'un résumé soit nécessaire, vient, au point de vue spécial de ce mémoire, nous offrir toutes les circonstances, soit de symptômes, soit de lésions, que nous avons déjà étudiées dans les faits précédents, auxquels il vient ainsi donner plus de valeur. C'est ainsi qu'en regard du météorisme du ventre, de la suppression des selles, symptômes évidents d'engouement, nous trouvons à l'autopsie l'hypertrophie de la tunique musculeuse jointe à la dilatation de l'intestin grêle, effet et preuve à la fois d'un obstacle à la circulation stercorale. Et comme cause de l'obstacle, aux limites inférieures de cette double altération, nous trouvons deux anses de la fin de l'iléon adhérentes dans le bassin à la vessie malade. Notons bien ceci, c'est qu'encore ici, comme dans *tous* les faits qui précèdent, ces adhérences ont lieu *dans*

le bassin. Bien qu'assez récentes, elles sont pourtant d'une date antérieure aux derniers accidents de péritonite générale qui, après huit jours, ont amené la mort, et par le fait même, antérieures aux accidents d'engouement; en sorte qu'ici encore, cette disposition a existé à l'état de simple prédisposition (à l'engouement), pendant un temps pas très long sans doute, à en juger par l'état peu avancé des fausses membranes, mais que l'on ne saurait déterminer avec quelque précision.

La suppression des selles, le ballonnement du ventre, ont suivi de très près chez notre malade l'apparition des douleurs abdominales attribuables à la péritonite aiguë générale, en sorte qu'ici, comme dans l'observation qui précède celle-ci (Obs. IV), on doit de nouveau se demander, mais cette fois d'une manière plus fondée encore, si cette inflammation de la séreuse abdominale n'a pas mis en jeu la prédisposition dont il a été question tout à l'heure, et cela par un mécanisme sur lequel je me suis assez étendu dans les remarques qui suivent l'observation citée (Obs. IV), pour qu'il soit utile d'y revenir encore.

C'est dans l'espèce de poche développée à la partie postérieure de la vessie malade qu'il faut placer le point de départ, non seulement de la péritonite locale qui a fait adhérer les deux anses de l'iléon à ce niveau, mais encore de la péritonite générale survenue plus tardivement et qui a entraîné la mort. Bien que l'autopsie n'ait pas mentionné de communication entre la vessie et la cavité du péritoine, il est néanmoins fort probable qu'il s'est opéré à ce niveau, pendant la vie, quelque filtration urineuse qu'un examen anatomique plus minutieux aurait sans doute fait découvrir.

La vessie offrait un bel exemple de ce que l'on a désigné sous le nom de *vessie à colonnes.* L'hypertrophie de sa tunique musculeuse était énorme, et, au point de

vue de la cause qui l'avait produite, elle doit avoir pour nous un intérêt tout particulier. L'espèce de valvule fibro-celluleuse de date évidemment ancienne, à en juger par sa texture, qui existait au col de la vessie, immédiatement au-dessus de l'orifice urétral, était, à n'en pas douter, la cause qui depuis fort longtemps gênait l'émission de l'urine. Elle avait constitué un obstacle plus ou moins grand, devant lequel la membrane musculaire vésicale ayant dû réagir sans cesse afin de le franchir, cette membrane avait fini par acquérir plus d'épaisseur et de force. En un mot, elle s'était hypertrophiée de la même manière que nous avons vu l'intestin s'hypertrophier devant les adhérences qui, chez nos malades, gênaient ou interceptaient la circulation stercorale, et cela en vertu de la loi pathologique, aujourd'hui bien connue, qui régit l'hypertrophie des divers organes creux de l'économie, loi formulée dès longtemps par M. Louis, et sur laquelle je reviendrai plus tard.

Dans les faits exposés jusqu'ici, et sur lesquels je n'insisterai pas davantage pour le moment, les adhérences intestinales occupaient toujours un ou plusieurs points de l'intestin grêle. L'observation suivante, d'ailleurs remarquable à plusieurs titres, va nous offrir des adhérences analogues, mais occupant le gros intestin, au voisinage de sa terminaison.

VI[e] OBSERVATION.

Obstacle au cours des matières fécales par suite de l'adhérence de l'S iliaque du côlon à l'utérus cancéreux.

Une blanchisseuse de cinquante-six ans entre à l'hôpital Beaujon, division de M. Louis, le 21 février 1845; elle est d'une taille moyenne, d'une constitution médio-

crement forte, et n'a jamais éprouvé de maladie semblable à celle qui l'amène actuellement à l'hôpital.

Depuis environ quatre ans, elle éprouvait de la pesanteur au fondement, des douleurs dans le bas-ventre, et de temps en temps une légère perte utérine avec quelques flueurs blanches dans les intervalles.

Quinze jours avant l'entrée, étant d'ailleurs assez bien, et n'ayant pas eu de perte utérine depuis plusieurs semaines, les selles jusqu'alors régulières, bien qu'un peu difficiles, surtout depuis trois mois, se supprimèrent entièrement. Depuis lors, jusqu'à l'entrée à l'hôpital, la suppression complète des selles persiste, s'accompagne d'un peu d'anorexie, d'une augmentation croissante dans le volume du ventre, qui reste indolent, le tout *sans vomissements.* Il n'y eut même quelques nausées que l'un des premiers jours.

Le lendemain de l'entrée (22 février) on note une très légère teinte jaune-paille de la peau, avec maigreur et flaccidité marquée des chairs. L'intelligence, les sens, les organes de la circulation et de la respiration sont à l'état normal. Langue nette, médiocrement humide; inappétence, sans envies de vomir, sans renvois gazeux par la bouche. Le ventre est très volumineux, tendu, donnant *partout* un son tympanique; au-dessous de l'ombilic, des anses intestinales, transversalement dirigées, font un relief marqué. La pression de l'abdomen est presque indolente, et la malade n'y accuse que par intervalles des coliques d'ailleurs peu intenses. Ni selles, ni vents par l'anus. Urines faciles. Chaleur naturelle; pouls lent, régulier, à 72 pulsations. (*Limonade, potion gom. avec huile de croton tigl. gutt. iij; lavem. purgatif avec* 50 *gram. sulf. de soude; diète.*)

Le 23 février : ni vomissements ni selles; coliques plus fortes. (*Même prescrip.; de plus, fomentat. froides sur le ventre.*)

Le 24, même état, sauf que la tension du ventre est plus forte ; le relief des anses intestinales plus marqué, et les borborygmes qui accompagnent les coliques, plus bruyants. Pouls calme, chaleur naturelle. (*Infus. de tilleul; 2 lavem. de tabac portés avec une sonde œsophagienne aussi haut que possible; glace sur le ventre.*)

Les lavements injectés par la sonde, qui n'a pu pénétrer qu'à la profondeur de 12 centimètres, sortent aussitôt sans entraîner de matières fécales. Le toucher anal ne fait constater rien autre qu'une augmentation de volume du corps de l'utérus. Le toucher par le vagin est très douloureux; le doigt n'y pénètre qu'avec difficulté, et l'on y renonce aussitôt.

Le soir *une pilule contenant gutt. j d'huile de croton tiglium.*

25 *février*. Ce matin deux selles abondantes, liquides, avec quelques matières dures et peu volumineuses. Actuellement l'anxiété est plus grande que la veille, et la figure un peu fatiguée sans autre altération. La malade ne se sent nullement soulagée; contre son habitude, elle est impatiente et demande qu'on la laisse tranquille. De temps en temps elle rend quelques vents par la bouche; la tension du ventre semble augmenter encore; la fièvre est nulle. (*Tilleul; 2 pilules avec huile de croton gutt. j dans chaque; lavements froids; glace sur le ventre.*)

Les deux pilules sont aussitôt rejetées par le vomissement; et dans la journée il y a eu six autres vomissements de matières liquides verdâtres et jaunâtres, dont la saveur n'a pas été remarquée par la malade. Langue assez nette mais collante, soif médiocre. Quelques coliques médiocrement douloureuses, accompagnées d'un gargouillement bruyant; météorisme considérable; pas de selles. Chaleur à peu près naturelle, pouls à 100, étroit,

régulier. L'amaigrissement est très notable depuis l'entrée à l'hôpital.

Les 26 et 27 février, la malade va en s'affaiblissant de plus en plus, et le 28, à 7 heures du matin, elle succombe sans avoir eu de nouvelles évacuations.

Ouverture du cadavre 25 heures après la mort.

Roideur médiocre et générale; maigreur notable, mais pas excessive; abdomen tendu et ballonné comme pendant la vie.

Les organes de la tête et de la poitrine sont à l'état normal. Ils ont été examinés avec soin dans toutes leurs parties.

Abdomen. — Pas d'épanchement dans le péritoine. Toute la masse de l'intestin grêle et le gros intestin surtout présentent un volume énorme, une couleur rougeâtre terne, et, à l'exception de ce que l'on verra dans le bassin, une seule adhérence. Celle-ci unit une portion de la face supérieure gauche du cœcum à l'une des circonvolutions de l'iléon. L'adhésion a lieu au moyen de fausses membranes molles, jaunâtres et noirâtres, qui circonscrivent un très petit foyer rempli en partie par un liquide jaunâtre, d'odeur fécale et qui communique largement avec le cœcum par une perforation arrondie de 5 millimètres de diamètre. A ce niveau l'intestin grêle n'est pas perforé.

L'*estomac*, caché profondément derrière l'arc du côlon, est petit et presque vide. Sa membrane muqueuse est pâle, non mamelonnée, et fournit des lambeaux de 5 millimètres au grand cul-de-sac, et à peu près doubles ailleurs. L'*intestin grêle*, dans toute son étendue, à l'exception peut-être du duodénum, est dilaté et épaissi, et cela d'autant plus qu'on s'approche davan-

tage de sa terminaison (1). L'augmentation d'épaisseur est presque exclusivement due à l'hypertrophie du plan charnu ; quant à la membrane muqueuse, elle est mince, rosée, offre partout un aspect finement chagriné, et fournit des lambeaux de 15 millimètres dans les parties supérieures de l'intestin, et de 5 à 10 millimètres seulement dans son tiers inférieur. Un peu de saillie des valvules conniventes par suite de l'hypertrophie légère du tissu cellulaire situé à leur base ; pas de follicules saillants, pas d'ulcérations à l'exception de deux petites érosions très superficielles dans l'avant-dernier pied de l'iléon.

Le gros intestin est énorme et contient une grande quantité de matières en bouillie épaisse, jaune verdâtre, et une petite quantité de gaz. La circonférence maximum du cœcum est de 26 centimètres ; ses parois, à sa face antérieure, sont très minces (moins d'un millimètre) et présentent une légère teinte sombre qu'on ne retrouve pas ailleurs. Sa membrane muqueuse, ailleurs mince et d'un rose uniforme, offre, au pourtour de la perforation mentionnée plus haut, une zone d'un centimètre au moins où elle est rouge foncé, très molle, et dans un point elle a même une teinte décidément gris cendré et une odeur gangréneuse.

Les côlons ascendant, transverse et descendant, la partie supérieure de l'S iliaque, ont une circonférence qui varie entre 14 et 16 centimètres. En même temps que leur calibre est augmenté, leur longueur l'est également, car l'arc du côlon forme une vaste courbe à convexité inférieure, de façon que sa partie moyenne

(1) Voici, pour plus de précision, quelques mesures :

		circonférence.	*épaisseur des parois.*
		m.	m.
Intestin grêle..	tiers supérieur.	0,10	0,001
	tiers moyen..........	0,12	0,001 1/2
	tiers inférieur.........	0,13	0,002

se trouve au-dessous du niveau de l'ombilic. Partout l'épaisseur des parois des côlons est augmentée (0m,002) par suite de l'hypertrophie du plan musculeux. Quant à la membrane muqueuse, elle est d'un rouge clair uniforme, lisse, mince, non ulcérée et d'une bonne consistance (lambeaux de 0m,05).

L'S iliaque du côlon conserve son excès de calibre jusqu'au moment où, plongeant dans le bassin pour se continuer avec le rectum, elle arrive au niveau du fond de l'utérus. Arrivé là, l'intestin se rétrécit tout à coup et offre ultérieurement un trajet très remarquable. Il se porte d'abord en bas et à droite derrière le corps de l'utérus ; arrivé au fond du cul-de-sac que forme le péritoine en se réfléchissant de l'utérus sur le rectum, il se coude brusquement, à angle fort aigu, pour se porter en haut, parallèlement à cette première portion au côté gauche de laquelle elle est accolée ; puis, après un trajet de 5 centimètres, il forme un second coude un peu moins anguleux que le premier, redescend, et enfin traverse le plancher du bassin pour se terminer à l'anus. Dans ce trajet sinueux, l'intestin, au lieu d'être libre, est entièrement plongé au milieu de fausses membranes, blanchâtres et grisâtres, assez molles pour la plupart, et qui unissent toute la face postérieure du corps de l'utérus au péritoine qui tapisse le rectum et la paroi postérieure du bassin. Ses parois sont revenues sur elles-mêmes comme dans un intestin à l'état de vacuité ; mais elles ne sont nullement altérées, et ses diverses membranes ont tous les caractères de l'état normal. Elles sont souples et extensibles ; le doigt pénètre aisément dans l'intestin et le dilate avec facilité. A l'intérieur, cette portion sinueuse ne contient qu'un peu de mucus jaunâtre, et sa membrane muqueuse, qui est pâle, non ulcérée, n'offre à noter que des plis longitudinaux qui s'effacent par la distension.

L'utérus, volumineux, d'une forme ovoïde, présente 12 centimètres de largeur à son fond et autant en longueur; son col est atrophié, et son canal complétement oblitéré. En incisant le corps de cet organe, il s'écoule un liquide rouge et très clair, comme de l'eau sanguinolente. On voit alors que la cavité utérine pourrait contenir un très gros œuf, qu'elle est irrégulière, anfractueuse, et parcourue par une foule de brides ou de colonnes dirigées en divers sens et qui lui donnent exactement l'aspect de certaines cavernes tuberculeuses des poumons. Ces espèces de colonnes, fournies par le tissu utérin, pâle et un peu jaunâtre, circonscrivent entre elles des aréoles irrégulières, les unes vides, les autres occupées en totalité ou en partie par des noyaux d'une matière d'un blanc jaunâtre, friable, donnant sous la pression un suc laiteux et qui s'énucléent aisément. Les parois utérines ainsi altérées, ont une épaisseur très variable, de 10 à 15 millimètres en avant et sur les côtés, et en arrière de 1 à 3 millimètres seulement. Même, en quelques points de cette face postérieure, la paroi est complétement détruite, et la perte de substance est bouchée par les adhérences qui l'unissaient à la portion sinueuse d'intestin décrite tout à l'heure. Les parois utérines, ainsi que leur coupe le démontre, sont formées par une infinité de noyaux cancéreux de 5 à 10 millimètres de diamètre, pareils à ceux déjà décrits; bien enkystés et séparés les uns des autres par de faibles quantités du tissu primitif, qui est pâle et jaunâtre. Le vagin est plus court qu'à l'ordinaire, très étroit à son entrée, et à peu près complétement oblitéré dans sa moitié profonde. Sa surface interne est plissée, pâle; ses parois sont peu consistantes et formées d'un tissu blanc jaunâtre, assez friable, sans traces de tissu érectile.

La vessie, les reins, la rate, le foie ne présentent rien de particulier. La vésicule biliaire est remarquable par

son ampleur; elle a 12 centimètres de son fond à son col et est remplie de bile noire et filante. Les canaux cystique et cholédoque sont parfaitement perméables.

Les symptômes offerts par cette malade étaient si caractéristiques, si nettement dessinés, que l'existence d'un obstacle à la circulation stercorale ne pouvait être douteuse. Il y a plus, le fait de la tuméfaction du corps de l'utérus, constaté par le toucher anal, l'impossibilité de faire pénétrer la sonde introduite dans le rectum à plus de 12 centimètres de profondeur, la sortie immédiate des lavements, étaient autant de circonstances qui indiquaient clairement que l'obstacle avait son siége à peu de distance de l'anus; mais l'autopsie seule a pu nous faire connaître *la nature* de cet obstacle. L'anse de l'S iliaque du côlon qui, par sa double courbure et son immobilité au milieu des fausses membranes qui unissaient l'utérus à la paroi postérieure du bassin, avait occasionné l'arrêt de la circulation stercorale, était néanmoins perméable, n'offrait pas de rétrécissement réel, et était simplement revenue sur elle-même, comme l'est cette portion d'intestin dans l'état de vacuité. Elle offrait en somme une disposition tout à fait comparable à celle qui existait dans l'observation de M. Louis, où nous avons vu l'iléon adhérer aussi à l'utérus en faisant une double courbure très anguleuse; et cette disposition qui, dans le cas cité, avait suffi pour produire l'arrêt de la circulation stercorale, devait à plus forte raison amener un pareil résultat dans le cas qui nous occupe, vu la consistance beaucoup plus grande des matières fécales dans le gros intestin. Toutefois il est à remarquer que malgré toute la gravité de cette disposition anormale, il est évident que cette dernière a préexisté pendant un certain temps à la suppression complète des selles; et, bien que ce soit à elle que l'on doive attribuer un certain

degré de constipation qui avait commencé à se manifester environ trois mois avant l'époque où les selles ont été complétement supprimées, elle était néanmoins compatible avec des évacuations à peu près régulières.

Nous retrouvons ici, et au plus haut degré la dilatation jointe à l'épaississement musculaire des parois intestinales, lésions que nous avons constatées chez tous nos autres sujets, au-dessus de l'obstacle. Dans le cœcum seul, par une exception unique, l'hypertrophie musculaire n'accompagne pas la dilation, qui est énorme. Ses parois plus tôt amincies, offrent même en un point une teinte sombre et un commencement de gangrène. Il semblerait que, sur-distendues par l'énorme quantité de matières qui s'y sont accumulées, les parois du cœcum, gênées peut-être par l'adhérence physiologique de sa face postérieure avec le tissu cellulo-graisseux de la fosse iliaque droite, n'ont pu réagir suffisamment sur les matières qui tendaient à les dilater.

Les symptômes de l'engouement ont été remarquables par leur lenteur et l'espèce de bénignité de leur marche, par le peu de souffrances éprouvées par la malade, et enfin par la nullité de la réaction fébrile. Mais ce qu'il y a de plus frappant, c'est le contraste existant entre l'énorme distension de tout le tube digestif jusqu'au duodénum, et la rareté des vomissements. Ce n'est que trois jours avant la mort, au 20e jour de la rétention complète des selles, qu'après l'ingestion d'huile de croton tiglium, apparaissent quelques vomissements de matières bilieuses; en sorte que l'on est fondé à penser que sans l'usage de ce purgatif ils eussent pu manquer entièrement.

Sans doute que l'absence d'un état inflammatoire du péritoine et de la membrane muqueuse digestive, rendrait compte jusqu'à un certaint point de la presque nullité des symptômes en question. Mais n'y a-t-il pas

lieu de se demander si la situation de l'obstacle à la terminaison du gros intestin, très près de l'anus, en laissant aux matières stercorales toute la longueur du tube intestinal pour s'y accumuler, n'était pas la principale cause qui rendait l'expulsion de ses matières moins impérieuse? Ce qui s'est passé chez le sujet de l'observation IIe, mais dans un ordre inverse, est de nature à confirmer pleinement cette supposition. Chez lui, de même que dans le cas qui nous occupe, les symptômes offraient une grande bénignité; il n'existait ni fièvre, ni douleurs vives, et pas d'indices d'inflammation aiguë du péritoine ou des voies digestives; mais en suite de la disposition d'adhérences qui ont été décrites, la dilatation intestinale n'était possible que dans les 10 pieds supérieurs seulement de l'intestin grêle. Or les vomissements, composés de matières provenant de l'intestin, ont été remarquables par leur apparition immédiate aussitôt que l'engouement a été formé, par leur fréquence, leur grand abondance, et enfin par leur persistance jusqu'au moment où le cours des selles a été rétabli.

Ces deux faits feraient donc pressentir l'existence d'un rapport entre le siége plus ou moins élevé d'un obstacle à la circulation stercorale et la fréquence plus ou moins grande des vomissements, leur abondance, etc. Il serait donc très important d'étudier cette question avec un soin extrême, au moyen de faits nombreux et très circonstanciés, puisque cette étude pourrait bien amener à des résultats qui, au point de vue du diagnostic, ne seraient pas sans valeur.

Ici, comme dans tous les faits précédemment exposés, il y avait possibilité à ce que le cours des selles pût être rétabli. L'indication des purgatifs énergiques était évidente, et il est fort possible qu'ils eussent eu plus de succès si on les eût administrés de meilleure heure,

avant que l'accumulation des matières fécales et la distension du tube intestinal aient été assez considérables pour amener à leur suite les lésions graves dont le cœcum était particulièrement le siége.

L'autopsie donne bien la raison du peu de succès de l'introduction de la sonde dans le rectum. Le bec de l'instrument était arrêté au niveau du coude inférieur de la portion adhérente d'intestin, et tout effort qu'on aurait pu faire pour le pousser plus avant, n'aurait abouti qu'à la perforation des parois intestinales. Il est d'ailleurs à regretter que l'on n'ait pas essayé les lavements d'un grand volume et poussés avec force, ou mieux encore la *douche ascendante* à jet un peu fort, que j'ai employée avec un succès inespéré dans un cas où les purgatifs les plus énergiques n'avaient pu détruire un obstacle intérieur au cours des matières stercorales; obstacle dont la *nature* est d'ailleurs restée inconnue, puisque le malade a guéri.

Quant à l'utérus, dont la perforation a été évidemment le point de départ de la péritonite pelvienne à la suite de laquelle les adhérences de l'S iliaque ont eu lieu, il offrait des altérations très dignes d'intérêt, que j'ai cru devoir décrire avec soin, mais que je ne puis que signaler en passant à l'attention du lecteur.

DEUXIÈME PARTIE.

DESCRIPTION GÉNÉRALE.

Les faits complexes dont je viens de donner l'histoire détaillée, ont besoin d'être résumés afin d'en mieux saisir l'ensemble; mais, dans ce travail, je ne m'occuperai que de l'engouement qui fait l'objet de ce mémoire, et je laisserai de côté, comme au moins inutile, l'étude des circonstances appartenant aux maladies diverses, sous l'influence ou dans le cours desquelles la circulation stercorale a été entravée.

§ I. *Anatomie et physiologie pathologiques.*

1° En regard des accidents variables en intensité que nous résumerons tout à l'heure, et qui avaient indiqué chez tous les malades l'existence non douteuse d'une gêne plus ou moins complète dans la circulation stercorale, l'ouverture des corps, pratiquée avec une scrupuleuse attention, n'a pu faire constater chez aucun d'eux une diminution quelconque réelle dans le calibre de l'intestin. Il n'existait ni brides, ni invagination, ni corps étrangers, etc.; en un mot aucune des nombreuses causes, jusqu'ici connues, d'interception de la circulation stercorale.

Mais en revanche, chez tous les sujets, l'intestin offrait des altérations très remarquables. C'étaient la dilatation jointe à l'hypertrophie de ses parois, effet et preuve à la fois d'un obstacle; puis, inférieurement, aux limites de

cette double lésion des adhérences *dans le bassin*, qui méritent toute notre attention, puisqu'en définitive ce sont elles que nous devrons considérer comme la cause organique de l'engouement qui nous occupe. Entrons donc dans l'étude circonstanciée de ces diverses lésions, en commençant par les dernières.

A. Chez tous les sujets, une ou plusieurs portions d'intestin, appartenant, dans cinq cas, à la fin de l'iléon, et dans un cas, à l'S iliaque du côlon, *adhéraient dans le bassin*. L'adhésion avait lieu, soit avec l'utérus (obs. I et VI), ou avec la face postérieure de la vessie hypertrophiée (obs. V); soit avec le plancher de l'excavation pelvienne (obs. II); soit enfin avec divers points du détroit supérieur pelvien (obs. III, IV), et en outre chez l'un de ces deux sujets, avec un kyste séreux de l'ovaire droit, lequel n'atteignait encore, supérieurement, que le niveau de l'angle sacro-vertébral.

Généralement assez intimes, ces *adhérences*, dans deux cas (obs. I et IV), étaient celluleuses et résistantes; elles étaient le seul vestige d'une inflammation dès longtemps éteinte, et remontaient à une époque probablement fort ancienne, mais dont la date ne saurait être fixée, même approximativement. Chez les autres sujets, bien qu'évidemment antérieures aux accidents d'engouement, elles étaient beaucoup plus récentes, et s'étaient développées sous l'influence de maladies encore existantes. Ces maladies très diverses étaient une péritonite tuberculeuse chez l'un des sujets (obs. II); une péritonite principalement pelvienne chez un second malade (obs. III); et chez deux autres enfin les adhérences avaient leur point de départ soit dans une affection grave de la vessie (obs. V); soit dans la perforation à la portion péritonéale de la face postérieure de l'utérus cancéreux (obs. VI).

Dans les portions où il adhérait ainsi, l'intestin offrait

dans tous les cas une *direction* très sinueuse, des coudes anguleux plus ou moins nombreux, en un mot une disposition telle, qu'il était évident que l'action de ses fibres musculaires, tant longitudinales que circulaires, avait dû être nécessairement plus ou moins entravée à ce niveau. Mais *l'étendue* de la portion adhérente variait beaucoup. Tantôt, et c'était le cas des sujets chez lesquels l'adhérence avait lieu avec l'utérus (obs. I et VI), l'intestin n'était fixé que par un seul point de son étendue, dans le court espace de 10 ou 15 centimètres. Mais dans l'un et l'autre il offrait à ce niveau une double courbure très anguleuse, rappelant assez exactement la lettre Z, dont les branches seraient très rapprochées. De plus, chez l'un d'eux, sujet de l'observation de M. Louis, la portion adhérente appartenant à la fin de l'iléon, offrait dans un point un froncement dans le sens de sa longueur, tel que, déplissée, elle avait une étendue double de la portion d'organe auquel elle était fixée. Dans d'autres cas (obs. II et V), c'étaient deux anses de la fin de l'iléon qui adhéraient soit à la face postérieure de la vessie, soit au fond de l'excavation du bassin par le sommet du coude anguleux qu'elles formaient. Chez d'autres enfin (obs. III et IV), ces adhérences, beaucoup plus étendues, occupaient une portion plus ou moins considérable de la seconde moitié de l'iléon, dont les anses, d'espace en espace, étaient fixées surtout par le sommet des coudes que formaient leurs nombreuses sinuosités, soit entre elles, soit à divers points du détroit supérieur du bassin. Des portions d'intestin, libres de toute adhésion, existaient entre les points adhérents, en sorte que les matières intestinales avaient à franchir une série d'obstacles successifs, pour parvenir dans le cœcum. On ne saurait douter que chacun de ces points adhérents n'ait constitué à lui seul un obstacle plus ou moins prononcé à la circulation

stercorale, puisque chaque portion libre intermédiaire, et cela était surtout remaquable dans l'observation III, était le siége de lésions caractéristiques dont il sera tout à l'heure question : la dilatation jointe à l'hypertrophie musculaire des parois intestinales.

Au niveau même des adhérences pelviennes décrites et chez tous les sujets, l'intestin avait conservé son calibre ordinaire et l'épaisseur normale de ses parois, qui, dans un cas, étaient un peu noirâtres et friables (obs. II). Quant à la membrane muqueuse, saine et pâle chez le sujet de l'observation VI, elle était rougeâtre ou grisâtre et très molle chez trois autres, et présentait enfin, dans l'observation de M. Louis, dix ulcérations très petites et une onzième beaucoup plus grande, qui occupait une plaque agminée de Peyer.

B. Au-dessus des adhérences pelviennes que je viens de décrire et dans l'abdomen proprement dit, le tube digestif était libre de toute adhérence, sans épanchement péritonéal dans trois cas; dans deux autres, les circonvolutions *dilatées* de l'intestin grêle étaient agglutinées par des fausses membranes très molles, sans trace d'organisation, très récentes, et le résultat évident de la péritonite aiguë dont les symptômes avaient persisté jusqu'à la mort (obs. IV, V). Dans un seul cas (obs. II), les 10 pieds supérieurs de l'intestin grêle étaient seuls libres, le reste du même intestin étant réuni en une seule masse par des fausses membranes grisâtres ou noirâtres, infiltrées de granulations tuberculeuses; fausses membranes évidemment anciennes, probablement de même date que celles qui, chez le même sujet, fixaient deux anses déclives de l'iléon au plancher de l'excavation pelvienne, et par conséquent bien antérieures aux accidents d'engouement des derniers temps de l'existence.

Chez ce dernier sujet, dans les 10 pieds supérieurs

libres d'adhérences, et chez tous les autres, à partir des adhérences pelviennes, l'intestin était *dilaté* et *hypertrophié*. La *dilatation* remontait chez tous jusqu'au duodénum, ou tout au moins jusqu'à la première moitié du jéjunum, d'autant moins marqués que l'on s'éloignait davantage en remontant des adhérences décrites. Cette dilatation très marquée dans tous les cas, l'était surtout chez les sujets chez lesquels l'engouement plus prolongé avait persisté jusqu'à la mort. Chez le sujet de M. Louis, l'intestin grêle atteignait l'énorme circonférence maximum de 7 pouces; et dans un autre cas (obs. VI), celui dans lequel l'obstacle siégeait dans l'S iliaque, cas dans lequel la dilatation remontait néanmoins aussi jusqu'au duodénum, le gros intestin, le cœcum surtout avait acquis un énorme calibre. Et il est à remarquer que cette ampliation avait aussi porté sur les dimensions en longueur, ainsi que le prouvait la grande courbure anormale à convexité inférieure que l'arc du côlon présentait.

A l'exception du cœcum qui, chez le sujet qui précède, sur-distendu qu'il était par les matières fécales, offrait un amincissement avec perforation gangréneuse d'un point de ses parois, toutes les portions dilatées d'intestin dont il vient d'être question chez les divers sujets, offraient en même temps un *épaississement* de leurs parois, double, triple, quadruple, ou même plus, de l'état normal. Et le degré de cet épaississement était en rapport direct avec celui de la dilatation, étant plus marqué dans les parties très dilatées que dans celles qui l'étaient moins. L'augmentation d'épaisseur était due *presque exclusivement* à l'hypertrophie de la tunique musculeuse de l'intestin. Toutefois, le tissu cellulaire sous-muqueux y participait aussi plus ou moins, quoiqu'à un degré bien moindre, car il était généralement un peu plus apparent qu'à l'état normal, ce qui était

surtout évident au niveau de la base des valvules conniventes qui avaient acquis plus de fermeté et de relief.

Dans les portions d'intestin qui nous occupent, la membrane muqueuse offrait, suivant les sujets, un état assez différent. Doublée d'épaisseur, très ramollie, et en même temps criblée de petites ulcérations au niveau des valvules conniventes, dans le fait de M. Louis, elle était mince, jaune rosé ou grisâtre, et simplement un peu molle, non ulcérée, chez trois autres sujets. Enfin, dans l'observation VI, nous trouvons cette membrane mince, rosée, bien consistante, finement chagrinée, non ulcérée dans l'intestin grêle (à part deux érosions superficielles de la fin de l'iléon); et rouge clair, mince, lisse, d'une bonne consistance dans le gros intestin, où elle n'était pas non plus ulcérée, à part l'altération gangréneuse du cœcum avec perforation, dont il a été question tout à l'heure.

Mentionnons d'autres perforations; une à la fin du jéjunum (obs. IV), cause probable de la péritonite aiguë; deux autres chez le sujet de l'observation III, s'ouvrant l'une et l'autre dans le foyer purulent du bassin.

Enfin, il est à peine nécessaire de rappeler qu'au-dessus des adhérences pelviennes, l'intestin contenait une quantité considérable de matières stercorales chez trois sujets (obs. I, V, VI); tandis que cette quantité était très médiocre dans le cas où l'engouement s'était dissipé pendant la vie (obs. II, IV), ou avait toujours été incomplet (obs. III).

2° Telles étaient les lésions que présentaient les organes digestifs chez nos divers malades. Je veux m'y arrêter un moment, en commençant par les adhérences situées aux limites inférieures des portions dilatées et hypertrophiées de l'intestin.

Bien qu'il soit déjà évident, pour nous, que ces adhérences ont joué le rôle important dans la production

de l'engouement qui nous occupe, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails à ce sujet, car un simple aperçu ne saurait avoir une valeur véritablement scientifique.

A. Pour que le mouvement péristaltique de l'intestin puisse s'exécuter d'une manière parfaite, il semble évident qu'il faut que les circonvolutions intestinales soient libres, mobiles; qu'elles puissent s'allonger, se raccourcir, se rétrécir, etc., en toute liberté. Il semble dès lors, *à priori*, que des adhérences qui, privant l'intestin de sa mobilité, viendraient le transformer dans une certaine longueur en une sorte de tube sinueux plus ou moins inerte, ces adhérences ne sauraient exister sans entraver aussitôt plus ou moins gravement la circulation stercorale. Néanmoins les faits ne viennent pas tout à fait confirmer cette prévision. Car s'il est assez commun de rencontrer à l'ouverture des corps des adhérences même fort étendues de l'intestin grêle, d'un autre côté, nous le savons, rien de plus rare que des symptômes d'engouement tenant à cette cause. Je parle de symptômes d'engouement nettement dessinés, et non pas d'un certain degré de paresse dans l'action des intestins, qui ne se traduirait que par des symptômes assez légers pour passer inaperçus.

Il s'agit donc de chercher à déterminer quelles étaient chez nos malades les particularités, dans la disposition des adhérences, qui auraient favorisé ou produit l'engouement. Et afin d'avoir pour cette recherche un terme de comparaison, j'ai analysé, parmi les cas de péritonite aiguë ou chronique avec adhérences intestinales dont j'ai recueilli l'histoire, tous ceux qui contenaient des détails très précis sur les symptômes et sur l'état anatomique des organes de l'abdomen. Ces cas sont au nombre de 30; dans aucun d'eux le cours des selles n'a été interrompu, ni même gêné d'une manière no-

table à aucune époque de la maladie; et dans aucun d'eux non plus l'intestin n'offrait, même partiellement, la dilatation jointe à l'hypertrophie de ses parois, lésions caractéristiques d'un obstacle de quelque durée. Or, voici ce qui résulte de la comparaison de ces deux ordres de faits :

Dans les 30 cas, les adhérences étaient généralement très étendues, au point d'occuper, chez le plus grand nombre, la presque totalité ou même la totalité de la portion flottante de l'intestin grêle; tandis que chez nos 6 malades atteints d'engouement, les adhérences étaient généralement beaucoup moins considérables, au point de n'occuper, chez plusieurs d'entre eux, qu'une longueur de 15 à 30 centimètres environ. En sorte que de cette comparaison, il résulterait ce premier fait : c'est que *la grande étendue des adhérences ne saurait être considérée comme une circonstance de nature à favoriser la stase stercorale.*

D'un autre côté, dans les 30 cas que j'analyse, les circonvolutions adhérentes siégeaient dans l'abdomen proprement dit, et dans *aucun d'eux* il n'existait des anses qui, déclives dans l'excavation pelvienne, auraient adhéré, soit aux parois de cette excavation, soit aux organes qui y sont contenus. L'adhérence *pelvienne* existait au contraire chez *tous* les sujets dont j'ai donné l'histoire, circonstance bien digne d'attention, puisqu'elle imprime d'emblée un cachet de certitude, ou peu s'en faut, sur un point que jusqu'ici nous ne pouvions admettre que comme probable, à savoir : que le fait *d'adhérences de l'intestin dans l'excavation du bassin constituerait la cause ou tout au moins l'une des causes de l'engouement qui nous occupe.*

Malgré le petit nombre des faits que j'étudie, il est difficile en effet d'accuser ici la mise en jeu d'une coïncidence fortuite; et d'ailleurs, le raisonnement, d'accord

avec ce que ces mêmes faits semblent établir, nous fait aisément comprendre tout ce qu'une pareille disposition offre de particulièrement défavorable à la circulation des matières stercorales. Il y a, en effet, adhérence à des organes résistants, fixes, ou tout au moins assez peu mobiles pour ne pouvoir se prêter à l'action des fibres, soit longitudinales soit circulaires, de la portion adhérente de l'intestin; situation profonde qui soustrait ce dernier à la pression physiologique directe de la paroi abdominale antérieure et aux mouvements que cette dernière aurait pu lui imprimer; il y a de plus, pour les matières stercorales, nécessité de progresser pendant un certain trajet, de bas en haut, plus ou moins contre les lois de la pesanteur, pour parvenir dans le cœcum, tout autant de circonstances qui, réunies, rendent bien compte, soit d'un ralentissement plus ou moins prononcé dans la progression des matières stercorales, soit de leur rétention complète. Et ces conditions seront vraisemblablement d'autant plus efficaces pour favoriser ou produire un pareil résultat, que les coudes de l'intestin adhérent seront plus anguleux, ainsi que l'observation de M. Louis en offre particulièrement un exemple; ou qu'un certain nombre de points adhérents un peu rapprochés, seront disséminés sur une certaine longueur de l'intestin (obs. III, IV). Dans ce dernier cas, il existera une série d'obstacles successifs que les matières fécales auront à franchir et franchiront avec une lenteur toujours plus grande, leur force de progression se trouvant graduellement affaiblie. Ajoutons encore à tout ce qui précède que, si les faits analysés tout à l'heure semblent établir que les adhérences même étendues de l'intestin dans l'abdomen proprement dit, ne sauraient être considérées comme une cause suffisante d'engouement, il est néanmoins infiniment probable que les matières stercorales ne les traversent pas sans

éprouver un certain ralentissement. Or, s'il existe au delà une adhérence pelvienne, comme c'était le cas de l'observation II, ce ralentissement, on ne saurait le méconnaître, devra constituer une nouvelle circonstance éminemment défavorable, puisqu'il y aura dans ce cas diminution de la force qui doit faire franchir aux matières intestinales le principal obstacle : celui situé dans le bassin.

Les considérations qui précèdent s'appliquent principalement aux malades des cinq premières observations. Quant au sujet de l'observation VI, il y a lieu de penser que si la double courbure anguleuse qu'offrait l'S iliaque du côlon, adhérente à l'utérus, eût existé sur tout autre point du trajet du gros intestin, elle eût néanmoins été susceptible de produire des accidents d'engouement, en raison surtout de la plus grande consistance des matières stercorales dans cette portion du tube digestif.

Hâtons-nous d'ajouter à tout ce qui précède, cette importante remarque, c'est que, quelque défavorables que puissent paraître les adhérences de l'intestin dans l'excavation pelvienne, elles ne sauraient être considérées que comme constituant une prédisposition plus ou moins puissante à l'engouement, et nullement comme devant nécessairement le produire. L'exactitude de cette assertion ressort sans discussion et d'une manière évidente de l'examen des faits. Il suffit en effet de rappeler à l'attention du lecteur, qu'au moins dans quatre des six observations, les adhérences pelviennes de l'intestin ont certainement préexisté aux accidents d'engouement pendant un temps plus ou moins long, et qui paraît avoir été considérable, de plusieurs années même, pour deux sujets (obs. I et IV). Une autre preuve de ce fait nous est fournie par ce qui s'est passé chez deux autres malades (obs. II et IV), chez lesquels l'adhérence pelvienne persistant, le cours des selles a néanmoins été rétabli

sous l'influence des purgatifs drastiques, de telle sorte qu'ils n'ont succombé que par l'effet des maladies graves (péritonite aiguë, tuberculisation générale) dont ils étaient atteints.

Il résulte donc, en somme, de tout ce qui précède :

1° Que l'étendue plus ou moins considérable des adhérences intestinales n'a aucune influence appréciable dans la production de l'engouement qui nous occupe ;

2° Que l'adhérence dans l'excavation du bassin, soit avec les parois pelviennes, soit avec les organes qui y sont contenus, d'une portion même peu étendue de l'intestin, serait la cause organique de la stase stercorale observée chez nos malades ;

3° Mais que cette cause n'agirait encore qu'à titre de cause prédisposante.

Parmi ces propositions, les deux dernières surtout sont confirmées par les résultats de l'analyse d'une autre série de faits que je viens de rassembler. Il s'agit de onze cas de péritonite chronique sans épanchement, avec adhérences plus ou moins étendues de la fin de l'intestin grêle, dans l'excavation pelvienne. Or, dans tous ces cas il y a persistance de selles à peu près régulières. Mais dans sept de ces onze cas, il existait un météorisme assez notable de l'abdomen. Et comme dans les trente cas analysés plus haut et dans lesquels il n'existait aucune adhérence intestinale dans le bassin, rien d'aussi prononcé n'avait eu lieu, comme développement du ventre, il en résulte que l'on est fondé à considérer ce météorisme comme étant le résultat d'une certaine lenteur apportée par les adhérences pelviennes à la circulation intestinale. La *prédisposition* à l'engouement semble ici plus qu'évidente ; de là à un engouement déclaré il n'y a pas loin ; il ne manque que l'application

de la cause déterminante. Celle-ci nous occupera plus tard.

B. La dilatation de l'intestin, jointe à l'hypertrophie musculaire de ses parois, double lésion qui existait chez tous nos sujets dans les portions du tube digestif supérieures aux adhérences pelviennes, mériterait toute notre attention, si son mode de formation et sa valeur comme lésion n'étaient déjà parfaitement connus. Développée en vertu de cette loi pathologique si générale et si connue aujourd'hui, dont la connaissance est due à M. Louis, loi en vertu de laquelle les organes creux s'hypertrophient au lieu de s'amincir, lorsqu'une cause quelconque tend à les dilater, la double lésion qui nous occupe se retrouve presque toujours sinon toujours au-dessus de tout obstacle de quelque durée à la circulation stercorale. C'est au point que si, à l'autopsie d'un sujet mort sans antécédent, l'on rencontrait cette double lésion dans une étendue un peu considérable de l'intestin, on serait fondé à admettre qu'il y a eu pendant la vie obstacle à la circulation fécale, lors même que cet obstacle aurait disparu, et qu'il serait aisé de décider de la portion d'intestin qui en était le siége, par la détermination du point où inférieurement les lésions qui nous occupent cesseraient d'exister.

L'hypertrophie musculaire de l'intestin étant, dans les cas qui font l'objet de ce mémoire, l'effet de l'engouement, il en résulte que la durée de ce dernier doit pouvoir nous fournir quelques données relativement au temps plus ou moins long nécessaire à son développement.

Or cette durée a été la suivante :

1° Chez trois malades chez lesquels l'obstacle complet a persisté jusqu'à la mort : chez l'un . . . 21 jours;
chez le deuxième 18 jours;
chez le troisième 8 jours.

2° Chez deux autres, l'engouement, complet pendant quatre ou cinq jours, a été incomplet ensuite. Durée totale. . . . . chez l'un. . 12 jours; chez l'autre. 8 jours.

3° Chez un autre enfin (obs. III), les selles ont toujours persisté; mais il y avait gêne notable au passage des matières stercorales au niveau des adhérences pelviennes. Et les signes non équivoques de cette gêne avaient précédé la mort de. . . . . . 70 jours.

Ainsi, quelques uns de ces faits sembleraient établir que l'hypertrophie, même considérable, du plan musculaire de l'intestin, peut se développer dans un espace de temps très court, qui ne dépasserait pas un assez petit nombre de jours. Toutefois on ne saurait accorder à cette donnée la valeur d'une démonstration rigoureuse. En effet, l'observation III vient nous démontrer qu'un obstacle incomplet, avec persistance de selles à peu près quotidiennes, suffit pour amener à sa suite la lésion qui nous occupe. Il y a donc lieu de se demander si une simple gêne causée par l'adhérence pelvienne prédisposante à l'engouement, gêne d'ailleurs trop légère pour être notée par des sujets peu attentifs à leur santé, comme le sont beaucoup d'individus de la classe ouvrière, n'aurait pas pu, chez nos malades, donner lieu à un certain degré de dilatation et d'hypertrophie, antérieurement à l'époque assignée par eux comme étant le début des accidents observés du côté de l'intestin.

Les cas si communs d'étranglement herniaire, dans lesquels le début précis des accidents est si facile à établir, et les ouvertures de cadavres si fréquentes, seraient particulièrement favorables à la recherche des questions que nos faits laissent indécises. Avec un nombre de cas suffisant, il serait possible de suivre presque jour par jour le début et les diverses phases de cette hyper-

trophie musculaire. En outre, on pourrait peut-être aussi déterminer ce que devient cette même lésion lorsque, l'obstacle qui l'avait produite venant à disparaître, la circulation stercorale a repris sa liberté normale. Persiste-t-elle et alors en résulte-t-il une perturbation fonctionnelle quelconque ; ou bien disparaît-elle avec la cause productrice ? Autant de questions dont la solution serait intéressante, non seulement au point de vue de l'intestin, mais encore en ce qui concerne les divers organes creux qui, tels que le cœur, la vessie, les uretères, etc., s'hypertrophient devant les obstacles qui tendent à les dilater. Pour le cœur surtout, dont l'hypertrophie a une portée pathologique autrement grande que celle des autres organes cités tout à l'heure, combien ne serait-il pas important de savoir dans quel espace de temps cette lésion peut se développer, et jusqu'à quel point elle est susceptible de guérir après la disparition de la cause productrice ?

§ II. *Symptômes.*

Je vais résumer brièvement les principaux symptômes de l'engouement, laissant de côté ceux qui appartenaient aux complications plus ou moins nombreuses qu'offraient cinq des six sujets dont j'ai rapporté l'histoire, et dans le détail desquels il m'est impossible d'entrer.

Les *selles* furent complétement supprimées chez cinq de nos malades. Deux d'entre eux (obs. I et VI) éprouvèrent d'abord un certain degré de constipation, qui augmenta de plus en plus malgré l'emploi des lavements, et ce ne fut qu'au bout d'environ dix semaines que, chez l'un et l'autre, le cours des selles fut décidément interrompu d'une manière complète. Mais à partir de ce moment et malgré l'emploi énergique, mais à vrai dire un

peu tardif des purgatifs, la rétention des matières stercorales persista jusqu'à la fin, à l'exception, chez l'un d'eux, de deux selles rendues peu de temps avant la mort, et qui n'amenèrent, même momentanément, aucun soulagement appréciable. Chez trois autres malades (obs. II, IV, V), la suppression des évacuations s'établit brusquement, sans constipation antérieure; elle persista chez l'un d'eux jusqu'à la mort, survenue rapidement sous l'influence d'une péritonite aiguë, et sans que l'on ait employé pour la combattre un traitement bien actif, tandis que, chez les deux autres, au bout de quelques jours et sous l'influence des purgatifs drastiques, la circulation stercorale se rétablit, le météorisme cessa, en sorte que la mort survint par l'effet des complications graves dont ils étaient atteints.

Les *selles persistèrent* au contraire, au nombre de une à trois par jour, mais très liquides et peu abondantes, chez un seul malade (obs. III). Mais malgré cette persistance des évacuations, qui très probablement était due, en partie du moins, à la communication établie entre l'iléon et l'S iliaque du côlon, par l'intermédiaire du foyer purulent qui occupait le côté gauche de l'excavation du bassin, il y avait gêne évidente dans la circulation intestinale, ainsi que l'ont démontré et le météorisme notable et permanent observé pendant la vie, et surtout les lésions caractéristiques de l'intestin trouvées après la mort.

En même temps que la circulation stercorale était ainsi troublée, *l'état du ventre* offrait des modifications notables. Il était, chez cinq malades, le siége d'un météorisme prononcé, qui était surtout très considérable chez deux d'entre eux (obs. I et VI), et en rapport chez eux, pour son degré, avec la longue durée de la stase stercorale.

Ce météorisme, que l'on ne put étudier dès les premiers temps de son apparition, occupait déjà tout l'ab-

domen lorsque ces divers malades furent examinés pour la première fois; en sorte qu'on fut dans l'impossibilité d'utiliser les données importantes fournies par M. Laugier pour reconnaître, d'après le siége du météorisme, le point du tube intestinal où résidait l'obstacle à la circulation stercorale. Quant au sujet de l'observation II, chez lui, le météorisme, d'ailleurs peu marqué, occupait les régions supérieures du ventre, ce qui s'explique aisément par l'état de l'intestin grêle qui, à l'exception de ses 10 pieds supérieurs, était enveloppé de fausses membranes qui l'empêchaient de se dilater. Mais ce qu'il y eut de très remarquable chez ce même sujet, c'est la tardive apparition de ce météorisme, le ventre étant demeuré littéralement *plat* pendant près de cinq jours après la suppression des selles, circonstance due selon toute apparence à ce que, dès le début de la constipation il y eut des vomissements abondants de matières provenant de l'intestin et qui le dégorgeaient.

A l'exception des sujets des observations IV et V, atteints en même temps d'une péritonite aiguë générale, on n'observait que peu ou point de *sensibilité à la pression* de l'abdomen chez les autres sujets; mais chez tous il y avait des *coliques* plus ou moins intenses, revenant par intervalles irréguliers, et pendant la durée desquelles des circonvolutions intestinales se dessinaient largement sur la paroi abdominale. C'est aussi pendant la durée des coliques que l'on entendait parfois et à distance un volumineux bouillonnement indiquant par son timbre la collision de liquides et de gaz dans un intestin dilaté. Les coliques d'ailleurs ne furent très rapprochées et très douloureuses que chez l'un des sujets (obs. I), ce qui semblerait devoir être expliqué par la présence des nombreuses ulcérations dont l'intestin grêle, surtout au niveau des valvules conniventes, était comme criblé.

En même temps que tous les sujets éprouvèrent un

dégoût plus ou moins prononcé pour toute espèce d'aliment, il y eut chez tous des *vomissements* qui, chez certains malades (obs. I et II), survinrent dès le début de l'engouement intestinal, et, chez d'autres, à une époque plus avancée. Chez l'un de ces derniers (obs. VI), ce n'est que trois jours avant la mort, au dix-neuvième jour d'un constipation absolue avec météorisme énorme et indolent de l'abdomen, qu'il survint des vomissements, et cela après l'ingestion de pilules contenant de l'huile de croton tiglium. Les vomissements étaient jaunâtres ou verdâtres, d'apparence bilieuse chez tous les malades, à l'exception de celui de l'observation II. Chez lui, ces matières, remarquables par leur abondance et leur précoce apparition, étaient liquides, jaunâtres et troubles, et avaient une odeur stercorale des plus manifestes. Il n'existait aucun symptôme d'inflammation, au moins bien évident, du côté des voies digestives, le malade était sans fièvre ; en sorte qu'à moins d'admettre que les vomissements stercoraux tenaient à une circonstance fortuite, on ne pourrait se rendre compte de leur apparition et de leur persistance tant que le cours des selles n'a pas été rétabli, qu'en se demandant si la brièveté du bout d'intestin situé entre l'estomac et les adhérences qui gênaient son ampliation, n'en était pas la principale cause (1). L'obstacle avait au contraire son siége

(1) J'ai voulu essayer de déterminer pourquoi, dans les cas d'obstacle à la circulation stercorale, tantôt il y a des vomissements de matières intestinales, tantôt des vomissements tout simplement bilieux. Pour étudier cette question, j'ai rassemblé indistinctement des observations d'obstacle quelconque au cours des matières stercorales (hernies étranglées ou engouées; invaginations; brides, etc.); et je dois le dire ici, pour ceux qui prétendent que la science est suffisamment riche en faits bien observés, c'est que parmi les nombreuses observations de ce genre, disséminées dans la collection entière des *Archives générales de médecine*, le *Supplément* d'Ollivier d'Angers au *Traité des hernies de Scarpa*; le *Traité des hernies de l'abdomen* d'Astley Cooper, qui à lui seul ne contient pas moins de 206 observations ; et dans plusieurs autres travaux, je n'ai pu réunir que quarante et un faits, non pas complets, tant s'en faut, mais contenant toutefois

très près de l'anus dans le cas cité tout à l'heure (obs. VI), dans lequel les vomissements avaient apparu si tardivement.

Je n'ajouterai rien à ce court exposé des principaux symptômes de l'engouement, les faits étant trop peu nombreux et surtout trop compliqués pour qu'une analyse complète soit possible. Pour les mêmes raisons, je m'abstiendrai aussi de parler de la *marche* et de la *durée*

l'indication du siége et de la nature de l'obstacle, ainsi que des détails suffisants sur la nature des matières rejetées par les vomissements. En réunissant aux faits en question cinq des six observations de ce Mémoire (la 5e observation étant éliminée faute de détails suffisants), nous arriverons au chiffre de 46 observations, que j'ai utilisées pour la recherche de la question qui fait l'objet de cette note.

Sans entrer dans tous les détails de l'analyse des faits en question, je dirai tout d'abord que je n'ai trouvé aucun rapport évident de causalité entre la présence ou l'absence des vomissements stercoraux et l'une des circonstances suivantes :

1° La durée plus ou moins considérable de la stase stercorale ;

2° Sa formation plus ou moins rapide ;

3° L'existence ou la non-existence d'une complication de péritonite aiguë.

La nature de l'obstacle qui entrave la circulation de l'intestin semblerait également n'avoir pas grande influence au point de vue qui nous occupe, ainsi que l'indique le tableau suivant :

NATURE DE L'OBSTACLE.	NOMBRE de cas.	VOMISSEMENTS stercoraux.	VOMISSEMENTS non stercoraux.
Invagination	14	7	7
Etranglement	22	12	10
Engouement	8	1	7
Rétrécissement organique	2	1	1
Total. . .	46		

Ce tableau n'a pas besoin de commentaires, car un simple coup d'œil suffit pour faire voir que les vomissements stercoraux existaient ou manquaient à peu près indifféremment dans chaque groupe de faits. Il faut en excepter toutefois ce qui est relatif aux cas d'engouement, qui, s'ils étaient plus nombreux, établiraient la rareté plus grande des vomissements stercoraux dans ce genre d'obstacle que dans les autres.

Le tableau suivant, dans lequel les mêmes faits sont groupés d'après la consi-

de la maladie; et quant à la *terminaison*, j'en dirai deux mots tout à l'heure à propos du pronostic.

dération du *siége* de l'obstacle, nous fournit des résultats qui ne sont ni sans intérêt, ni sans importance.

SIÉGE DE L'OBSTACLE.	NOMBRE de cas.	VOMISSEMENTS stercoraux.	non stercoraux.
1° Un des points de la moitié supérieure de l'intestin grêle.	9	9	»
2° Un des points de l'iléon.	27	9	18
3° Un des points du gros intestin. . . .	10	4	6
Total. . .	46		

Il résulterait de ce tableau que lorsque l'obstacle occupe la partie inférieure de l'intestin grêle ou le gros intestin, les vomissements stercoraux auraient lieu dans le *tiers* des cas, tandis qu'on les observerait *toujours* lorsque l'obstacle plus rapproché de l'estomac occuperait la moitié supérieure de l'intestin grêle.

Sans doute il y a lieu d'éviter de tirer des conclusions prématurées d'un nombre de faits aussi restreint; mais il est néanmoins permis de se demander si cette *constance* des vomissements stercoraux, lorsque l'obstacle a son siége dans le haut de l'intestin grêle ne tient pas à autre chose qu'à une circonstance fortuite; si elle n'a pas sa raison d'être dans le peu d'espace qu'offre alors la portion d'intestin située au-dessus de l'obstacle, pour contenir les matières dont la circulation est interrompue. Si des faits plus nombreux venaient, comme je suis porté à le croire, confirmer ces premiers résultats, il y aurait lieu d'étudier, avec un soin extrême, les diverses circonstances relatives aux vomissements stercoraux. Car d'après quelques faits, trop incomplets sans doute et en trop petit nombre pour faire preuve, ces vomissements présenteraient, suivant que l'obstacle aurait son siége soit dans l'iléon ou dans le gros intestin, soit dans le jéjunum, des différences marquées. Dans ce dernier cas, ces vomissements seraient plus abondants, plus rapprochés, plus persistants, et *surtout* suivraient de très près le début de la stase stercorale.

Tout ceci d'ailleurs demande à être vérifié; mais le lecteur conviendra qu'il y a dans tout ce qui précède des raisons suffisantes pour faire espérer que l'application du *procédé numérique*, à des faits plus nombreux et moins incomplets que ceux que j'ai pu réunir, pourrait bien conduire à des données d'une haute importance au point de vue du diagnostic.

de la cause déterminante. Celle-ci nous occupera plus tard.

B. La dilatation de l'intestin, jointe à l'hypertrophie musculaire de ses parois, double lésion qui existait chez tous nos sujets dans les portions du tube digestif supérieures aux adhérences pelviennes, mériterait toute notre attention, si son mode de formation et sa valeur comme lésion n'étaient déjà parfaitement connus. Développée en vertu de cette loi pathologique si générale et si connue aujourd'hui, dont la connaissance est due à M. Louis, loi en vertu de laquelle les organes creux s'hypertrophient au lieu de s'amincir, lorsqu'une cause quelconque tend à les dilater, la double lésion qui nous occupe se retrouve presque toujours sinon toujours au-dessus de tout obstacle de quelque durée à la circulation stercorale. C'est au point que si, à l'autopsie d'un sujet mort sans antécédent, l'on rencontrait cette double lésion dans une étendue un peu considérable de l'intestin, on serait fondé à admettre qu'il y a eu pendant la vie obstacle à la circulation fécale, lors même que cet obstacle aurait disparu, et qu'il serait aisé de décider de la portion d'intestin qui en était le siége, par la détermination du point où inférieurement les lésions qui nous occupent cesseraient d'exister.

L'hypertrophie musculaire de l'intestin étant, dans les cas qui font l'objet de ce mémoire, l'effet de l'engouement, il en résulte que la durée de ce dernier doit pouvoir nous fournir quelques données relativement au temps plus ou moins long nécessaire à son développement.

Or cette durée a été la suivante :

1° Chez trois malades chez lesquels l'obstacle complet a persisté jusqu'à la mort : chez l'un . . . 21 jours ;
chez le deuxième 18 jours ;
chez le troisième 8 jours.

2° Chez deux autres, l'engouement, complet pendant quatre ou cinq jours, a été incomplet ensuite. Durée totale. . . . . chez l'un. . 12 jours;
chez l'autre. 8 jours.

3° Chez un autre enfin (obs. III), les selles ont toujours persisté; mais il y avait gêne notable au passage des matières stercorales au niveau des adhérences pelviennes. Et les signes non équivoques de cette gêne avaient précédé la mort de. . . . . . 70 jours.

Ainsi, quelques uns de ces faits sembleraient établir que l'hypertrophie, même considérable, du plan musculaire de l'intestin, peut se développer dans un espace de temps très court, qui ne dépasserait pas un assez petit nombre de jours. Toutefois on ne saurait accorder à cette donnée la valeur d'une démonstration rigoureuse. En effet, l'observation III vient nous démontrer qu'un obstacle incomplet, avec persistance de selles à peu près quotidiennes, suffit pour amener à sa suite la lésion qui nous occupe. Il y a donc lieu de se demander si une simple gêne causée par l'adhérence pelvienne prédisposante à l'engouement, gêne d'ailleurs trop légère pour être notée par des sujets peu attentifs à leur santé, comme le sont beaucoup d'individus de la classe ouvrière, n'aurait pas pu, chez nos malades, donner lieu à un certain degré de dilatation et d'hypertrophie, antérieurement à l'époque assignée par eux comme étant le début des accidents observés du côté de l'intestin.

Les cas si communs d'étranglement herniaire, dans lesquels le début précis des accidents est si facile à établir, et les ouvertures de cadavres si fréquentes, seraient particulièrement favorables à la recherche des questions que nos faits laissent indécises. Avec un nombre de cas suffisant, il serait possible de suivre presque jour par jour le début et les diverses phases de cette hyper-

trophie musculaire. En outre, on pourrait peut-être aussi déterminer ce que devient cette même lésion lorsque, l'obstacle qui l'avait produite venant à disparaître, la circulation stercorale a repris sa liberté normale. Persiste-t-elle et alors en résulte-t-il une perturbation fonctionnelle quelconque ; ou bien disparaît-elle avec la cause productrice ? Autant de questions dont la solution serait intéressante, non seulement au point de vue de l'intestin, mais encore en ce qui concerne les divers organes creux qui, tels que le cœur, la vessie, les uretères, etc., s'hypertrophient devant les obstacles qui tendent à les dilater. Pour le cœur surtout, dont l'hypertrophie a une portée pathologique autrement grande que celle des autres organes cités tout à l'heure, combien ne serait-il pas important de savoir dans quel espace de temps cette lésion peut se développer, et jusqu'à quel point elle est susceptible de guérir après la disparition de la cause productrice ?

§ II. *Symptômes.*

Je vais résumer brièvement les principaux symptômes de l'engouement, laissant de côté ceux qui appartenaient aux complications plus ou moins nombreuses qu'offraient cinq des six sujets dont j'ai rapporté l'histoire, et dans le détail desquels il m'est impossible d'entrer.

Les *selles* furent complétement supprimées chez cinq de nos malades. Deux d'entre eux (obs. I et VI) éprouvèrent d'abord un certain degré de constipation, qui augmenta de plus en plus malgré l'emploi des lavements, et ce ne fut qu'au bout d'environ dix semaines que, chez l'un et l'autre, le cours des selles fut décidément interrompu d'une manière complète. Mais à partir de ce moment et malgré l'emploi énergique, mais à vrai dire un

peu tardif des purgatifs, la rétention des matières stercorales persista jusqu'à la fin, à l'exception, chez l'un d'eux, de deux selles rendues peu de temps avant la mort, et qui n'amenèrent, même momentanément, aucun soulagement appréciable. Chez trois autres malades (obs. II, IV, V), la suppression des évacuations s'établit brusquement, sans constipation antérieure; elle persista chez l'un d'eux jusqu'à la mort, survenue rapidement sous l'influence d'une péritonite aiguë, et sans que l'on ait employé pour la combattre un traitement bien actif, tandis que, chez les deux autres, au bout de quelques jours et sous l'influence des purgatifs drastiques, la circulation stercorale se rétablit, le météorisme cessa, en sorte que la mort survint par l'effet des complications graves dont ils étaient atteints.

Les *selles persistèrent* au contraire, au nombre de une à trois par jour, mais très liquides et peu abondantes, chez un seul malade (obs. III). Mais malgré cette persistance des évacuations, qui très probablement était due, en partie du moins, à la communication établie entre l'iléon et l'S iliaque du côlon, par l'intermédiaire du foyer purulent qui occupait le côté gauche de l'excavation du bassin, il y avait gêne évidente dans la circulation intestinale, ainsi que l'ont démontré et le météorisme notable et permanent observé pendant la vie, et surtout les lésions caractéristiques de l'intestin trouvées après la mort.

En même temps que la circulation stercorale était ainsi troublée, *l'état du ventre* offrait des modifications notables. Il était, chez cinq malades, le siége d'un météorisme prononcé, qui était surtout très considérable chez deux d'entre eux (obs. I et VI), et en rapport chez eux, pour son degré, avec la longue durée de la stase stercorale.

Ce météorisme, que l'on ne put étudier dès les premiers temps de son apparition, occupait déjà tout l'ab-

domen lorsque ces divers malades furent examinés pour la première fois; en sorte qu'on fut dans l'impossibilité d'utiliser les données importantes fournies par M. Laugier pour reconnaître, d'après le siége du météorisme, le point du tube intestinal où résidait l'obstacle à la circulation stercorale. Quant au sujet de l'observation II, chez lui, le météorisme, d'ailleurs peu marqué, occupait les régions supérieures du ventre, ce qui s'explique aisément par l'état de l'intestin grêle qui, à l'exception de ses 10 pieds supérieurs, était enveloppé de fausses membranes qui l'empêchaient de se dilater. Mais ce qu'il y eut de très remarquable chez ce même sujet, c'est la tardive apparition de ce météorisme, le ventre étant demeuré littéralement *plat* pendant près de cinq jours après la suppression des selles, circonstance due selon toute apparence à ce que, dès le début de la constipation il y eut des vomissements abondants de matières provenant de l'intestin et qui le dégorgeaient.

A l'exception des sujets des observations IV et V, atteints en même temps d'une péritonite aiguë générale, on n'observait que peu ou point de *sensibilité à la pression* de l'abdomen chez les autres sujets; mais chez tous il y avait des *coliques* plus ou moins intenses, revenant par intervalles irréguliers, et pendant la durée desquelles des circonvolutions intestinales se dessinaient largement sur la paroi abdominale. C'est aussi pendant la durée des coliques que l'on entendait parfois et à distance un volumineux bouillonnement indiquant par son timbre la collision de liquides et de gaz dans un intestin dilaté. Les coliques d'ailleurs ne furent très rapprochées et très douloureuses que chez l'un des sujets (obs. I), ce qui semblerait devoir être expliqué par la présence des nombreuses ulcérations dont l'intestin grêle, surtout au niveau des valvules conniventes, était comme criblé.

En même temps que tous les sujets éprouvèrent un

testin dans l'excavation pelvienne, soit avec les parois de cette excavation, soit avec les organes qui y sont contenus, sans lésion de calibre de l'intestin, constitue une *prédisposition* plus ou moins puissante à l'engouement intestinal.

2° Cet engouement une fois déclaré, sous l'influence de causes déterminantes difficiles à saisir, est incomplet ou complet. Ses symptômes sont ceux que détermine toute espèce d'obstacle à la circulation stercorale; ils n'ont rien de spécial qui permette d'établir le diagnostic de la *nature* de l'obstacle qui les occasionne. Son pronostic, quoique grave, puisqu'il peut entraîner la mort, est cependant moins défavorable que celui de la plupart des autres *rétentions* stercorales dont la cause réside dans l'intérieur du ventre. La gastrotomie n'est pas proposable, et jusqu'à la fin on peut espérer la guérison par l'usage des purgatifs.

III

RECHERCHES

SUR LES VARIATIONS

DE LA

CAPACITÉ THORACIQUE

DANS LES MALADIES AIGUËS,

Par E.-J. WOILLEZ,
Membre titulaire de la Société médicale d'observation,
Membre associé de celle des hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

INTRODUCTION.

Parmi les modifications que subit la capacité de la poitrine dans le cours des maladies aiguës, il en est qui échappent à l'inspection la plus attentive et qu'on ne peut reconnaître qu'à l'aide de la mensuration. L'étude de ces variations de capacité, qui constitue un sujet presque entièrement neuf, a été le but de ce mémoire. Mais avant d'aborder cette intéressante question, je vais exposer comment j'ai été conduit à entreprendre ce travail, indiquer la marche que j'ai suivie et le plan que j'ai adopté.

Dans les *Recherches* que je publiai en 1837 *sur*

l'inspection et la mensuration de la poitrine, la question de la mensuration circulaire ne put être approfondie qu'au point de vue physiologique. Je montrai quels étaient ses résultats normaux dans la comparaison des deux côtés entre eux, et comment ces résultats étaient modifiés par la présence sur le thorax de saillies latérales prononcées. La question de cette mensuration dans le cours des maladies aiguës fut à peine effleurée. J'établis ce fait important que les dilatations de la poitrine sont sensibles à la mensuration avant de l'être à l'inspection, contrairement à l'opinion inverse émise par Laënnec à propos de la pleurésie. Je démontrai de plus que la mensuration, comme l'inspection, avait des résultats négatifs au début des épanchements pleurétiques; que la rate, développée dans les fièvres intermittentes ou typhoïdes au point de déborder les fausses côtes, amplifiait le côté gauche de la poitrine ; et enfin, que le météorisme avait un effet analogue dans certaines conditions.

Je dois rappeler ces faits comme point de départ de mes nouvelles investigations, dans lesquelles j'ai étudié la capacité de la poitrine dans les maladies aiguës à d'autres points de vue que la dimension relative de ses deux côtés (1).

Tel n'était pourtant pas le but que je me proposai d'abord. La difficulté de pratiquer la mensuration thoracique chez des sujets atteints de maladies aiguës graves avait empêché des pathologistes de poursuivre des recherches entreprises dans le but de constater la valeur de ce moyen. Je m'attachai donc avant tout à rendre facilement praticable la mensuration circulaire chez tous les malades, et, ce problème résolu, je voulus m'assurer par moi-même si la mensuration comparative des deux

(1) Mon éloignement de Paris pendant de longues années explique comment je n'ai pas donné suite plutôt à mes premières recherches. Les hôpitaux de la capitale pouvaient seuls, sous ce rapport, m'offrir les ressources désirables.

côtés était sans aucune valeur dans la pneumonie. En recueillant mes observations pour ce travail, je reconnus bientôt que la capacité relative des deux côtés de la poitrine offrait peu d'importance par la comparaison de ses résultats aux diverses périodes de la maladie, mais qu'il n'en était pas de même de la capacité circulaire générale, comparée de même. Je remarquai de plus que le ruban mensurateur déprimait plus ou moins facilement les parois thoraciques suivant l'époque de l'affection où cette manœuvre était pratiquée, et je vis là une façon nouvelle d'apprécier l'élasticité thoracique. Les faits furent donc étudiés à trois points de vue différents, suivant la manière d'envisager les résultats de la mensuration aux diverses périodes de la pneumonie. Ainsi j'étudiai : 1° *la capacité relative des deux côtés de la poitrine ;* 2° *les variations de sa capacité générale ;* 3° *celles de l'élasticité thoracique par mensuration.* Et comme je devais rechercher si les signes obtenus ainsi dans la pneumonie existaient ou non dans d'autres maladies, je recueillis un assez grand nombre de faits de maladies aiguës autres que la pneumonie. Ils furent envisagés de la même manière, et me donnèrent des résultats analogues à ceux que j'avais obtenus déjà pour la pneumonie. Je fus amené de la sorte à réunir les cas de pneumonie à ceux des autres maladies.

Pour faire exactement comprendre en quoi consistent les trois ordres de données dont il vient d'être question, je vais, en terminant cette introduction, exposer comment on doit pratiquer la mensuration pour les obtenir.

Dans tous les cas, la mensuration circulaire doit être pratiquée le malade étant à jeun ou à la diète, pour que l'état de vacuité de l'estomac et de l'intestin, qui sont en rapport avec la base de la poitrine, mette chaque fois le malade dans les mêmes conditions d'exploration, et rende bien comparables les résultats obtenus à diffé-

rentes époques (1). Pour le même motif, il faut mensurer toujours la poitrine au même niveau, et choisir de préférence celui de la base de l'appendice xiphoïde (articulation sterno-xiphoïdienne), qui n'est pas un point mobile comme les mamelons. Appliqué à cette hauteur, le ruban mensurateur passe immédiatement au-dessous du bord inférieur des muscles grands pectoraux et de l'angle inférieur des omoplates, et rencontre le moins d'épaisseur possible de parties molles extérieures, ce qui est tout le contraire, par exemple, à la hauteur des aisselles. De plus, il circonscrit les organes thoraciques, et notamment les poumons, dans les points où leur épaisseur est la plus considérable, et où par suite leurs modifications de volume sont plus marquées à la mensuration.

1° *Mensuration comparative des deux côtés de la poitrine.* — Pour que cette mensuration donne des résultats bien comparables, pour qu'elle puisse s'employer non seulement sans nuire au malade, mais encore sans augmenter sensiblement ses souffrances, il faut la pratiquer en le laissant dans son lit, et sans mettre sa poitrine entièrement à nu. Le sujet étant couché bien d'aplomb sur son dos, j'abaisse les couvertures jusque vers l'ombilic, et je relève antérieurement sa chemise jusqu'aux mamelons. Placé d'abord à sa droite, je fixe avec l'ongle du pouce gauche le point initial du ruban sur la pulpe de l'index correspondant; je porte ce ruban, en glissant la main sous le tronc (et à la hauteur de la base de l'appendice xiphoïde) jusqu'à l'épine dorsale, où je le tiens fixé. J'étends ensuite avec la main droite le lacs, ainsi maintenu en arrière, vers le centre de l'articulation sterno-xiphoïdienne, et je note le nombre de centimètres ainsi

(1) L'expérience nous apprend journellement que la vacuité ou la plénitude de l'estomac font varier sensiblement la capacité de la poitrine vers sa base.

obtenus. J'agis de même pour le côté gauche de la poitrine en passant du côté correspondant du lit, mais en changeant de main, c'est-à-dire en fixant le ruban en arrière avec la main droite.

La mensuration ainsi pratiquée est très simple. Le seul mouvement que l'on peut avoir quelquefois à réclamer de la part du sujet, est un léger soulèvement du tronc pour faire arriver le ruban jusqu'à la colonne vertébrale; après quoi l'on recommande au malade de s'abandonner complétement à lui-même, pour obtenir le relâchement des muscles. Un point très essentiel est de *serrer le ruban autant que possible*, en détournant l'attention du malade par des questions pour qu'il ne contracte pas ses muscles, et ensuite d'attendre une ou deux expirations pour s'assurer qu'on ne peut tendre le lacs davantage. Cette mensuration *forcée* est supportée facilement, même lorsque la dyspnée est prononcée, sans doute parce qu'un seul côté de la poitrine est serré à la fois. Je dirai plus loin pourquoi la mensuration forcée est nécessaire.

Une condition non moins indispensable d'une bonne mensuration, c'est que le ruban soit inextensible, afin que, par suite des tractions successives qu'on lui fait subir, il n'éprouve pas un allongement qui pourrait lui faire indiquer une diminution non réelle de capacité. Dans le but de remédier à cet inconvénient dans le cours de mes recherches, j'ai évité de me servir de ruban de cuir, et contrôlé avec soin mes mensurations avec un ruban n'ayant jamais servi. Il faut, autant que faire se peut, se servir du même ruban pour les mêmes malades.

2° *Mensuration circulaire générale.* — Cette mensuration est en réalité la même que la précédente; elle n'est qu'une façon particulière d'en envisager les résultats. A chaque mensuratiôn, en effet, on additionne les chiffres obtenus de chaque côté, pour ne tenir compte que

du total, et lui comparer les mensurations suivantes, totalisées de la même manière pour les deux côtés.

3° *Élasticité générale de la poitrine par mensuration.* — La mensuration qui a pour but de faire apprécier l'élasticité thoracique ne diffère pas non plus de celles qui précèdent. Seulement, avant de serrer le ruban avec force, on note d'abord la capacité obtenue par une simple application du ruban gradué sur la poitrine, sans aucune tension. On a de la sorte deux totaux : celui de la mensuration générale *par simple application*, et celui de la mensuration *par tension forcée*. La différence entre les deux mensurations ainsi obtenues indique le degré d'élasticité générale du thorax. On conçoit que, moins la poitrine est élastique, moins elle se laisse déprimer, et moins aussi la différence entre les deux mensurations est prononcée ; le contraire a lieu si l'élasticité est augmentée : les parois thoraciques se laissent déprimer davantage, et la différence entre les deux mensurations est plus grande.

Cette différence a pu atteindre, chez un sujet, jusqu'à 11 centimètres pour les deux côtés réunis ! On voit quelle source d'erreurs peut présenter la mensuration lorsqu'elle est faite en quelque sorte au hasard. Sans doute avec une tension moyenne on peut, avec un peu d'habitude, obtenir des résultats suffisants pour comparer une seule fois les dimensions des deux côtés de la poitrine ; mais si l'on doit pratiquer plusieurs mensurations chez le même sujet et les comparer entre elles, il faut avoir recours à la mensuration par tension forcée, qui seule peut fournir des résultats précis.

Quoi qu'il en soit, la différence entre les deux mensurations faites successivement par simple application et par tension forcée du lacs mensurateur indique le degré d'élasticité thoracique, et cette élasticité varie sensiblement, non seulement suivant les affections, mais pour

certaines d'entre elles (ce qui est plus important) suivant leurs périodes. La diminution de cette élasticité, lorsqu'elle est prononcée, est sensible sous la tension du ruban mensurateur, et fait éprouver une résistance analogue à celle que donne, en certains cas, la percussion; mais cette sensation est loin d'avoir, comme importance, la valeur des données en quelque sorte mathématiques fournies par la double mensuration. C'est surtout sur ces derniers résultats que je me propose d'attirer l'attention à propos de l'élasticité de la poitrine.

Tels sont les trois modes de mensuration dont je me suis servi dans mes recherches pour étudier les variations de la capacité thoracique dans les maladies aiguës, et dont la mise en pratique se réduit, en définitive, à la mensuration lâche ou serrée avec force de chaque côté de la poitrine. L'emploi en a été facile, et sans le moindre inconvénient pour le malade : circonstances dignes d'être notées, puisque la mensuration, rejetée dans certaines maladies aiguës par d'habiles observateurs comme trop pénible pour le sujet, ne saurait plus l'être désormais.

Quatre-vingt-six observations, recueillies presque toutes à l'Hôtel-Dieu et quelques unes à l'hôpital de la Pitié (1), ont servi de base à mon travail, pour lequel j'ai adopté les divisions suivantes :

Dans une première partie, je me suis occupé des variations de la capacité thoracique constatées dans le cours des maladies aiguës. La seconde partie traite des causes et de la signification de ces variations de capacité. Un résumé général termine le mémoire.

(1) C'est à la bienveillante amitié de MM. Louis, médecin de l'Hôtel-Dieu, et Valleix, médecin de la Pitié, que je dois d'avoir pu moi-même recueillir ces faits; qu'ils en reçoivent ici mes reconnaissants et bien affectueux remercîments.

PREMIÈRE PARTIE.

VARIATIONS DE LA CAPACITÉ THORACIQUE QUI SURVIENNENT DANS LE COURS DES MALADIES AIGUES.

Parmi les quatre-vingt-six observations que j'ai recueillies dans le cours de mes recherches, et qui toutes sont relatives à des hommes, on en compte dix-neuf d'affections chroniques, dont il sera question seulement d'une manière incidente. Les soixante-sept autres étaient relatives à des maladies aiguës très variées, sur lesquelles il est nécessaire, par cela même, de donner quelques détails sommaires.

Ces maladies aiguës peuvent être divisées en deux groupes : l'un comprenant les affections dans lesquelles il y avait, dès le début, des symptômes généraux fébriles, et l'autre dans lequel il y avait absence complète de fièvre; distinction indispensable, au point de vue de ces recherches. La première catégorie de faits, de beaucoup la plus nombreuse, puisqu'elle comprend cinquante-huit observations, est aussi la plus importante par la nature des affections dont les sujets étaient atteints. Ces maladies étaient dans les proportions suivantes : pneumonies, 25 cas; bronchites capillaires, 5; hémoptysies, 1; pleurésie, 1; péricardite, 1; névralgie dorso-intercostale, 1; varioles et varioloïdes, 9; érysipèles de la face, 5; scarlatines, 3; affections typhoïdes, 3; fièvres intermittentes, 2; rhumatisme articulaire, 2. (Total, 58 cas.)

La seconde catégorie, comprenant les maladies aiguës non fébriles, ne compte que neuf observations : un second cas d'hémoptysie ; 2 pharyngites légères ; 2 embarras gastriques ; une colique saturnine ; une pneumatose intestinale ; un phlegmon iliaque et un lumbago. (Total, 9 cas.)

Dans aucun de ces faits, il ne put y avoir de doutes pour le diagnostic ; je n'aurai donc qu'à signaler au besoin, chemin faisant, les particularités symptomatiques nécessaires à rappeler.

J'ai divisé cette première partie en trois chapitres, consacrés successivement à la capacité relative des deux côtés de la poitrine, à la capacité générale et à l'élasticité thoraciques, constatées par la mensuration.

CHAPITRE PREMIER.

CAPACITÉ RELATIVE DES DEUX CÔTÉS DE LA POITRINE.

Parmi les maladies aiguës que j'ai énumérées plus haut, la pneumonie est la seule qui puisse présenter quelque intérêt au point de vue de la capacité relative des deux côtés de la poitrine. Dans les autres affections, en effet, les résultats de la mensuration furent, sous ce rapport, constamment physiologiques, même dans le cas de pleurésie aiguë ; aussi ne m'y arrêterai-je pas. Voyons plutôt ce qui s'est passé dans la pneumonie (1).

La question de la dilatation de la poitrine dans cette maladie a été diversement jugée par les auteurs, et l'on peut dire qu'elle n'a pas été définitivement résolue. Je ne rappellerai pas les considérations purement anato-

(1) Les faits de pneumonie recueillis pour ce travail, et au nombre de 25, comprenaient 12 pneumonies droites et 11 pneumonies gauches ; dans les deux autres cas, la maladie était double. Les sujets étaient âgés de seize à soixante ans (quarante ans en moyenne). Chez tous, l'affection fut franchement caractérisée.

miques que l'on a fait valoir avec plus ou moins de raison pour démontrer la réalité de cette dilatation ; c'est à la mensuration qu'il appartient de résoudre définitivement le problème. M. le docteur Grisolle, qui a soumis la pneumonie à un travail analytique si complet, n'est arrivé qu'à des résultats négatifs avec la mensuration comparative des deux côtés de la poitrine, comme moyen de constatation (1). L'impossibilité de faire conserver au malade, alors dans la période la plus aiguë de la pneumonie, une position convenable, et la nécessité de le dépouiller entièrement de ses vêtements, lui ont paru avec raison des obstacles sérieux à l'emploi de cette mensuration.

Mais mon procédé, comme on l'a vu, est exempt de ces inconvénients.

Dans les vingt-trois cas de pneumonie aiguë que j'ai recueillis et dans lesquels la maladie occupait l'un ou l'autre côté de la poitrine, la mensuration circulaire a été fréquemment employée (2), ce qui donne à ces faits une certaine valeur.

Je recherchai d'abord dans chaque fait isolé, si, à partir de la première mensuration, il n'y avait pas, dans la succession des mensurations suivantes, la preuve d'une capacité croissante ou décroissante du côté affecté par rapport au côté sain, suivant les périodes d'hépatisation ou de résolution de la pneumonie. Le résultat fut complétement négatif pour les douze observations de pneumonie droite, et il en fut de même dans dix faits de

(1) Cet auteur, dans son *Traité pratique de la pneumonie* (p. 226), a cité deux faits intéressants de dilatation thoracique, sensible à la vue, au niveau de l'hépatisation pulmonaire. Aussi n'hésite-t-il pas à penser que le poumon enflammé peut par lui-même déterminer une dilatation partielle ou générale du côté correspondant de la poitrine.

(2) J'ai pratiqué 169 fois la mensuration des deux côtés de la poitrine chez ces vingt-trois sujets atteints de pneumonie, ce qui donne une moyenne de 7 mensurations par malade.

pneumonie du côté gauche, sur onze. Il restait un seul de ces derniers faits, dans lequel l'ampliation du côté affecté par rapport au côté sain, était manifeste par les résultats de la mensuration. Cette observation exceptionnelle, puisqu'elle est la seule connue, mérite d'être succinctement rapportée, quoique, en raison de sa rareté, elle n'ait qu'une importance secondaire.

OBSERVATION Ire. — *Pneumonie gauche. — Dilatation du côté affecté, sensible à la mensuration, avec les progrès de l'hépatisation. — Diminution de cette dilatation avec la résolution de la pneumonie.*

Un ouvrier en crins, âgé de 50 ans, d'une force et d'un embonpoint médiocres, fut admis à l'hôpital pour une pneumonie aiguë du côté gauche, à son quatrième jour. Sa poitrine, mal conformée, était plus développée que d'ordinaire, d'avant en arrière, et il présentait des signes évidents de tuberculisation peu avancée.

A l'entrée du malade, on constate que la pneumonie, caractérisée par un point de côté, de la matité, du râle crépitant, des crachats rouillés et de la fièvre, siége à la partie inférieure du poumon gauche en arrière. Le côté gauche a 1 centimètre et demi de moins que le droit, résultat considéré comme physiologique.

Les onze jours qui suivent, la pneumonie a une marche croissante : l'hépatisation survient et envahit les deux tiers du poumon, en arrière et en dehors; pendant ce temps, le côté gauche, moindre que le droit à l'admission, *lui devient égal* cinq jours après, puis présente au moins 1 *centimètre en plus* que le droit.

Dès lors, la résolution se fait rapidement; l'hépatisation était diminuée d'étendue au bout de deux jours, et

le côté gauche *était redevenu égal au droit*. Enfin, trois jours après la constatation de ce résultat, alors que l'hépatisation avait disparu et qu'il n'existait que de l'engouement pulmonaire, le côté gauche était redevenu *moindre que le droit*, comme au début, sans que la différence en plus à droite fût pourtant aussi prononcée qu'à l'époque de l'admission. Le malade, qui était alors au vingtième jour de sa maladie, exigea sa sortie. Je dois noter que l'ampliation du côté gauche de la poitrine ne fut jamais sensible à la vue.

On voit, chez le sujet de cette observation, le côté gauche affecté de pneumonie être d'abord moindre que le droit avant l'hépatisation, puis, avec le développement de celle-ci devenir égal et ensuite plus étendu que le côté droit à la mensuration. En somme, il en résulte une ampliation relative du côté gauche de 3 centimètres en onze jours. La résolution de la pneumonie se fait ensuite rapidement, et en même temps le côté gauche reprend en cinq jours ses dimensions presque normales; la maladie était alors à son vingtième jour. L'ampliation relative du côté gauche affecté tenait bien évidemment ici au développement du poumon par l'hépatisation.

Mais, comme je l'ai dit plus haut, ce fait est exceptionnel, et rien de semblable n'est arrivé dans les autres cas de pneumonie, dans lesquels la mensuration comparative des deux côtés présentait des résultats physiologiques. Les principaux caractères de la mensuration normale sont : d'une part, l'étendue circulaire plus grande du côté droit dans la presque généralité des mensurations faites; d'autre part, une moyenne de 1,4 centimètre pour cette différence en plus à droite. Or, il en a été de même dans les faits de pneumonie sans ampliation relative du côté affecté, puisque, sur 160 mensurations

faites, 145 fois le côté droit a été plus développé que le gauche, et 15 fois les côtés ont été égaux. La différence en plus à droite a également été physiologique (1).

Ainsi, quelle que soit la manière dont on envisage les faits, la pneumonie, qu'elle ait siégé à droite ou à gauche, n'a dilaté à la mensuration le côté affecté de la poitrine par rapport au côté opposé que dans un seul fait; tandis que, dans tous les autres, ainsi que dans tous les autres cas de maladies aiguës en général, les résultats de la mensuration comparative des deux côtés ont été physiologiques.

Cette espèce de mensuration ne peut donc avoir d'utilité pratique réelle dans les maladies aiguës, compris la pneumonie (2). Elle est, d'ailleurs, très variable dans ses résultats chez le même sujet, dans la plupart des faits. Quel que soit, en effet, le soin avec lequel on pratique la mensuration, le malade se trouvant dans des conditions en apparence analogues, les différences entre les deux côtés se succèdent presque toujours avec des variations irrégulières qui manquent rarement, lorsque la mensuration est souvent répétée, et qui, au lit du malade, échappent à toute analyse.

On va voir la mensuration circulaire, envisagée différemment, donner lieu à des conclusions bien différentes.

(1) La différence moyenne en plus à droite étant, dans l'état physiologique, de 1,4 centimètre, cette différence, dans la pneumonie droite, ne fut que de 1,3; et, dans la pneumonie gauche, malgré l'hépatisation du poumon de ce côté, de 1,6 centimètre.

(2) Il faut peut-être excepter de cette proscription certains cas de pleurésie aiguë et de péricardite avec épanchement abondant. Dans les affections chroniques, et principalement dans la pleurésie, on sait que la mensuration comparative des deux côtés du thorax peut être quelquefois utile; mais dans ces cas même, cette mensuration le cède en importance à celle dont il sera question dans le chapitre suivant.

CHAPITRE II.

CAPACITÉ GÉNÉRALE DE LA POITRINE.

Lorsque, vers le début des maladies aiguës, on mesure avec le ruban gradué et inextensible les deux côtés de la poitrine, et que l'on additionne les deux nombres ainsi obtenus, on a, comme je l'ai dit dans l'introduction, un total qui représente la capacité circulaire *générale* du thorax. Si l'on répète cette constatation à des époques rapprochées dans le cours de la maladie, on obtient de nouvelles dimensions semblables ou différentes, dont l'ensemble représente la capacité thoracique générale à différentes époques de l'affection. Or, cette capacité, ainsi étudiée, varie d'une manière remarquable dans le cours de la plupart des maladies aiguës; et lorsqu'elle ne varie pas, ce résultat négatif a souvent lui-même une signification particulière. C'est ce que l'analyse des faits va démontrer.

La capacité générale de la poitrine n'a pas sensiblement varié dans dix-sept cas d'affections aiguës. Les autres ont présenté à la mensuration les signes caractéristiques d'une ampliation générale plus ou moins prolongée, et caractérisée par trois périodes d'accroissement, d'état et de décroissance ou rétrocession bien manifestes. Je vais exposer d'abord les caractères généraux de cette ampliation, et les particularités qu'elle a présentées suivant les maladies. Je montrerai ensuite en quoi les faits dans lesquels elle a manqué ont différé de ceux où elle a existé.

ARTICLE PREMIER. — AMPLIATION GÉNÉRALE DE LA POITRINE QUI SURVIENT DANS LES MALADIES AIGUES.

A. *Caractères généraux de cette ampliation.*

L'ampliation générale de la poitrine dont il va être

parlé n'était, dans aucun cas, sensible à la vue, même au niveau des espaces intercostaux chez les sujets maigres. Elle était évidente par les résultats de la mensuration et se faisait *aux dépens des deux côtés de la poitrine* dans tous les cas. Elle débutait avec la maladie, et, suivant l'époque plus ou moins avancée de cette dernière, lors de l'entrée des malades à l'hôpital, les résultats de la mensuration se rapportaient à l'une ou à l'autre des trois périodes de l'ampliation :

1° A l'ampliation croissante ou progressive;

2° A l'ampliation stationnaire;

3° A sa décroissance ou rétrocession thoracique.

La première période, bien manifeste, fut en apparence peu prononcée, parce que les malades entraient quelques jours après le début de leur maladie, et que l'ampliation progressive était plus forte à son début que plus tard. La période d'état était très variable en durée : tantôt elle était nulle en apparence, la rétrocession survenant du jour au lendemain; tantôt elle persistait pendant peu de jours après l'admission avant de décroître; d'autres fois, enfin, elle se prolongeait longtemps et persistait avec la maladie qui retenait les sujets à l'hôpital. La décroissance de l'ampliation ou rétrocession coïncidait, en général, avec la résolution de l'affection aiguë. Survenant plus tard que les deux premières périodes, elle était plus souvent constatée et plus complétement observée; en sorte qu'elle seule donnait une idée juste de l'ampliation progressive primitive. Cette décroissance fut de 4 centimètres en moyenne, au plus de 8, et, comme l'ampliation progressive, prononcée surtout à son début.

La durée totale de cette ampliation générale de la poitrine, de quinze jours en moyenne, a été différente suivant les maladies, de cinq jours au moins et de vingt-deux jours au plus, sauf dans certains cas où l'ampliation stationnaire était encore plus prolongée. La période de

rétrocession était généralement égale en durée à l'ampliation progressive. Dans ces deux périodes, la croissance ou la décroissance de la capacité thoracique présentaient une gradation régulière; mais dans quelques faits, il y avait ou des interruptions momentanées ou des oscillations. En général, sauf dans certaines fièvres éruptives, l'ampliation complète durait autant que la maladie aiguë qu'elle accompagnait.

Telle est l'idée générale qu'on doit se former de l'ampliation thoracique des maladies aiguës. Mais ce simple aperçu ne saurait suffire, et l'étude de cette ampliation présente des particularités sur lesquelles il est nécessaire d'attirer l'attention.

Fréquence de l'ampliation. — D'abord sa fréquence mérite d'être signalée, puisque sur 67 sujets atteints de maladies aiguës les plus diverses, elle a été constatée 50 fois, c'est-à-dire *dans les trois quarts des faits* (1). Cette ampliation constitue donc un phénomène ordinaire dans les affections aiguës, et, à ce titre, elle mérite d'être complétement décrite.

Début. — Son apparition dès l'invasion de la maladie doit être considérée comme un fait caractéristique et constant. L'ampliation progressive, lorsqu'elle a été constatée, l'a toujours été, en effet, dès l'arrivée des malades à l'hôpital, et peu de jours après le début de leur affection. Deux fois même, dans un cas de variole et un autre d'érysipèle de la face développés pendant le séjour à l'hôpital, les malades furent examinés dès le premier et le deuxième jour de l'affection, et l'ampliation put être constatée;

(1) Les trois périodes de l'ampliation thoracique n'ont pu être suivies que chez 16 sujets. Chez un seul autre, il n'y eut qu'ampliation progressive (suivie de mort); chez 5 autres, ampliation stationnaire seule pendant toute la durée du séjour à l'hôpital; enfin, 44 ont présenté la rétrocession, soit seule, soit précédée de la seconde période ou même des deux premières périodes de l'ampliation, comme cela a eu lieu chez les 16 premiers sujets.

la mensuration, en effet, avait été pratiquée déjà avant le début, et les chiffres alors obtenus avaient servi de points de repère. Cette corrélation du début de l'ampliation thoracique avec celui de la maladie est une circonstance capitale sur laquelle j'aurai à revenir.

Période de progression. — L'ampliation croissante du début n'a été notée que chez dix-sept sujets (1). Chez tous les autres, cette première période était terminée lors de l'admission des malades; et cela se conçoit puisque sa durée, de 8 à 9 jours en moyenne, n'a été que de 3 jours dans un cas où elle a pu être suivie en entier. Quatre jours après le début de la maladie on peut donc ne plus constater les chiffres croissants de l'ampliation thoracique. C'est ce qui fait que je n'ai guère observé que la fin de l'ampliation croissante, et ce qui explique comment je n'ai trouvé au plus que 1 à 3 et 3 1/2 centimètres d'ampliation, chiffre bien inférieur à celui de la rétrocession qui a pu être plus complétement étudiée. Si l'on remarque que l'ampliation la plus élevée (3 et 3 1/2 centimètres) a été obtenue chez les deux malades observés le premier et le second jour de leur affection, et que, chez tous les autres examinés plus tard, je n'ai obtenu qu'un centimètre, on reconnaîtra, comme je l'ai établi précédemment, que l'ampliation croissante est plus prononcée à son début qu'à sa fin. Malgré son peu d'étendue apparente, on ne considérera pas cette ampliation comme illusoire et résultant d'une oscillation dans les résultats de la mensuration; car sa marche fut progressive, quoique parfois interrompue, et dans tous les cas où elle fut observée, sauf chez un sujet qui succomba, elle fut suivie d'une rétrocession parfaitement caractérisée. La durée de l'ampliation progressive fut en

(1) Ces malades étaient atteints de huit affections aiguës différentes : pneumonie, bronchite, hémoptysie, pleurésie, névralgie intercostale, variole, érysipèle de la face, rhumatisme articulaire.

moyenne de 8 à 9 jours; mais chez certains sujets, elle a été suivie de rétrocession dès le quatrième jour de la maladie, ce qu'il est bon de rappeler.

Période stationnaire. — Lorsqu'un sujet atteint d'une maladie aiguë n'est soumis à l'observation qu'à la seconde période de l'ampliation, c'est-à-dire, à la période stationnaire, on peut se demander si l'on a affaire à un sujet qui ne présente rien de particulier du côté de la capacité thoracique, ou bien à un malade arrivé réellement à la période stationnaire de l'ampliation. On ne peut en général admettre celle-ci comme positive que lorsque survient la rétrocession, preuve sans réplique d'une ampliation préalable; la capacité thoracique varie, en effet, pour chaque individu, et les chiffres exprimant cette capacité n'ont de valeur que par comparaison avec les nombres recueillis avant ou après. Cependant on pourra admettre qu'il y a ampliation stationnaire lorsque la nature de la maladie fera supposer nécessairement l'ampliation (comme on le verra plus loin), et qu'il y aura persistance des symptômes locaux de la maladie aiguë.

Période de décroissance. — L'ampliation thoracique décroissante a été constatée bien plus fréquemment que la période progressive, parce qu'elle survient plus tard que cette dernière. Je l'ai rencontrée chez quarante-quatre sujets atteints de maladies aiguës. Cette rétrocession est toujours précédée d'une ampliation progressive, même lorsqu'on la constate seule; car sans cela il serait impossible de la comprendre, surtout quand elle est rapide. Elle a débuté le 8e jour en moyenne, ce qui s'accorde avec l'époque à laquelle s'est terminée l'ampliation progressive ou stationnaire (du 8e au 9e jour); de plus, sa durée moyenne a été de 8 jours, et par conséquent analogue à celle de l'ampliation proprement dite. Mais ce début et cette durée ont été très variables comme la résolution de la maladie principale, puisque le début

a eu lieu du 4e au 17e jour, et que la durée a varié entre 2 jours au moins et 20 au plus.

Les chiffres indiquant l'étendue de cette rétrocession prouvent que l'ampliation thoracique dans son ensemble n'est pas insignifiante; car cette décroissance a été de 1 et demi à 8 centimètres, 4 en moyenne; et si elle n'a été que de 1 et demi, 2 et demi, 3 centimètres chez quelques sujets, elle a atteint chez le plus grand nombre 5, 5 et demi et 6 centimètres.

La marche de cette rétrocession, ai-je dit, a présenté ceci de particulier, qu'elle a été, comme l'ampliation progressive, beaucoup plus rapide vers son début que plus tard. J'ai divisé, dans dix-sept cas, la rétrocession par périodes de cinq jours, et dans quatorze faits elle était bien plus prononcée les cinq premiers jours qu'aux périodes suivantes, plus même, assez souvent, qu'à toutes ces périodes réunies. Cette rapidité de la rétrocession à son début est un de ses plus importants caractères.

Sa fin était nettement précisée dans la plupart des cas. Elle avait lieu, en effet, lorsque la décroissance des chiffres de la mensuration cessait également, et dès lors la capacité thoracique subissait une légère augmentation d'un demi à 1 centimètre et demi et s'y maintenait, sans jamais atteindre à beaucoup près le chiffre le plus élevé de l'ampliation antérieure. Voici une observation dans laquelle on trouve beaucoup des particularités dont il vient d'être question.

OBSERVATION IIe. — *Pneumonie gauche à son summum d'intensité le quatrième jour. — Rétrocession de 6 centimètres les quatre jours suivants, et entrée en convalescence.*

Un relieur, âgé de 47 ans, force et embonpoint ordinaires, antérieurement affecté plusieurs fois de pneumonie, fut atteint de cette maladie, du côté gauche,

le 9 avril 1852. L'invasion eut lieu la nuit, et il dut rester plus de quarante-huit heures sans secours ; il fut admis le 12 à l'hôpital, sans avoir subi de traitement.

Le lendemain : pouls à 140, peau chaude; douleur sous-mammaire gauche; dyspnée avec 36 inspirations par minute ; toux douloureuse avec expectoration de crachats visqueux, d'un jaune rougeâtre et demi-transparents ; matité complète avec élasticité moindre à la percussion de tout le côté postérieur gauche du thorax, de la base au niveau de l'aisselle, et, dans le même espace, respiration bronchique sèche et bronchophonie avec augmentation des vibrations thoraciques. Je constatai 78 *centimètres* pour les deux côtés de la poitrine (qui était d'ailleurs bien conformée). Des ventouses scarifiées et le tartre stibié à hautes doses furent, en raison de la faiblesse du malade, le seul traitement actif.

Il survint une amélioration rapide. Quatre jours après, en effet, tous les symptômes avaient diminué ; le pouls était à 80, et la respiration bronchique ne s'entendait plus qu'un peu vers l'angle inférieur de l'omoplate, remplacée ailleurs par du râle sous-crépitant. La mensuration indiquait 72 *centimètres* pour la capacité thoracique, c'est-à-dire une diminution de 6 centimètres depuis quatre jours. Cette diminution avait eu lieu des deux côtés également (3 centimètres à gauche et 3 à droite) malgré le siége de la pneumonie à gauche. Ce malade, au douzième jour de sa pneumonie, ne présentait plus alors qu'une faiblesse du bruit respiratoire à gauche en arrière, et un peu de râle sous-crépitant dans le quart inférieur du même côté ; ces signes disparurent bientôt. Il resta ensuite plus de six semaines à l'hôpital, et pendant tout ce temps la poitrine ne présenta que 72 et demi à 73 centimètres.

Ce qu'il y eut surtout de remarquable chez ce ma-

lade, un des premiers dont je recueillis l'observation et dont la rencontre m'inspira ces recherches, c'est que la rétrocession thoracique générale de 6 centimètres s'est effectuée en très peu de temps (quatre jours) et maintenue ensuite pendant tout le reste du séjour du malade à l'hôpital, plus d'un mois. La durée égale de la rétrocession et de l'ampliation progressive qui avait précédé doit aussi être remarquée. Cette conformité de durée de l'ampliation progressive et de la rétrocession est un point intéressant de leur histoire, qu'il ne faut pas oublier, la règle générale étant que la rétrocession est longue ou courte lorsque l'ampliation a été également prolongée ou rapide.

Dans un certain nombre de faits, l'ampliation progressive, stationnaire ou décroissante ne s'annonçait pas toujours par des chiffres continuellement croissants, stationnaires ou décroissants; il y avait parfois des oscillations. Il me reste à dire un mot de ces oscillations que je constatais dans les résultats de la mensuration pendant les trois phases de l'ampliation, quel que fût le soin avec lequel la mensuration avait été pratiquée. Ces oscillations n'existaient pourtant que dans la minorité des faits, et encore plusieurs sujets n'en présentaient qu'une seule. Elles étaient peu considérables, d'un demi à 1 centimètre et demi, et n'empêchaient pas de suivre les changements de capacité qui ont été décrits; mais elles doivent être signalées surtout dans les cas où la mensuration est quotidienne. J'en indiquerai plus loin les causes.

B. *Caractères particuliers de l'ampliation suivant les maladies.*

On peut dire qu'au fond l'ampliation générale de la poitrine, telle que je viens de la décrire, est un fait homologue dans toutes les maladies aiguës où elle se produit. Si elle présente des différences dans un certain

nombre d'affections, ces différences ne sont pas fondamentales et ne portent que sur des circonstances de détail ou de durée. Mais avant de signaler ces particularités, il est nécessaire d'exposer quelques résultats généraux sur les maladies aiguës dans lesquelles j'ai observé l'ampliation thoracique.

Au commencement de ce chapitre, j'ai distingué en deux classes les maladies aiguës dont j'ai recueilli les observations pour ce travail : les maladies aiguës fébriles ou non fébriles. J'ai entendu ici par fièvre, non pas le mouvement fébrile, mais surtout les phénomènes généraux du début, ce qui est essentiel à préciser, comme on le verra plus tard. Pour le moment, je n'ai qu'à faire remarquer que, dans tous les cas, sans aucune exception, dans lesquels a été rencontrée l'ampliation générale aiguë de la poitrine, il y a eu fièvre au début, tandis que la même ampliation n'a été observée dans aucun des faits de maladies aiguës apyrétiques.

Les cinquante sujets chez lesquels s'est manifestée l'ampliation thoracique doivent être divisés en deux groupes, suivant que le siége de leur maladie était ou non à la poitrine; on verra plus loin la raison de cette distinction. Ces maladies étaient les suivantes :

Affections thoraciques fébriles (34 *cas*).	Pneumonie.	25 cas.
	Bronchite.	5
	Hémoptysie.	1
	Névralgie dorso-intercostale. . .	1
	Pleurésie.	1
	Péricardite simple.	1
Autres maladies aiguës (16 *cas*).	Variole et varioloïde	6
	Érysipèle de la face.	5
	Scarlatine.	3
	Fièvre intermittente.	1
	Rhumatisme articulaire.	1
		50 cas.

Ce qui frappe tout d'abord dans cette énumération, c'est la diversité des maladies qui se sont accompagnées de l'ampliation thoracique, et, dans beaucoup d'entre elles l'absence de lésion thoracique apparente pouvant, dans les idées reçues, produire cette ampliation générale de la poitrine. L'hépatisation de la pneumonie seule paraîtrait d'abord pouvoir l'expliquer; mais cette interprétation ne saurait être acceptée en présence de tous les autres faits, dans lesquels il n'y eut aucune lésion analogue, et dont les caractères étaient parfaitement simples. Aussi je ne puis m'empêcher de faire remarquer dans quelle erreur je serais tombé si je n'avais pris que la pneumonie pour but exclusif de ces recherches. En constatant l'ampliation générale de la poitrine dans cette maladie, je n'eusse pas manqué de l'attribuer à l'hépatisation pulmonaire, et je me serais gravement trompé, comme on le voit par la simple énumération des maladies qui précèdent. Lorsqu'on étudie un signe nouveau dans une affection, il n'est donc possible d'en déterminer exactement la valeur qu'après l'avoir recherché dans les autres maladies : c'est un principe d'observation sur lequel on ne saurait trop insister. C'est, du reste, à sa mise en pratique que les principaux travaux de M. Louis doivent une grande partie de leur importance.

Parmi les faits énumérés ci-dessus, j'ai établi deux divisions. Ils comprennent, en effet, une première série de trente-quatre observations relatives à des affections aiguës dont la lésion fondamentale siége à la poitrine, et une seconde série qui comprend surtout des fièvres éruptives, et dans laquelle les observations sont au nombre de seize. Voyons en quoi l'ampliation thoracique a différé dans l'une ou l'autre de ces catégories et dans les affections qu'elles comprennent.

1° Dans toutes les *affections thoraciques fébriles* il y eut ampliation aiguë de la poitrine, et dans toutes elle

avait les mêmes caractères en général, quel que fût le siége de ces affections : dans les bronches, le parenchyme pulmonaire, la plèvre, le péricarde ou enfin les nerfs intercostaux (1). A en juger par sa période de rétrocession, cette ampliation a été, en général, plus prononcée dans cette catégorie de faits que dans la suivante ; elle a été de 1 1/2 à 8 centimètres, et en moyenne de 5. Sa durée a été aussi plus longue, car cette durée, depuis le début de la maladie jusqu'à la fin de la rétrocession, a été en moyenne de 17 jours, ce qui ne l'a pas empêchée toutefois d'être courte dans certains faits, comme chez le sujet pneumonique dont j'ai rapporté l'histoire. Dans tous ces faits de maladies thoraciques aiguës, les progrès de l'affection ont coïncidé avec ceux de l'ampliation croissante de la poitrine, et la résolution avec la rétrocession thoracique, ce qui explique les variations de durée des trois phases de l'ampliation.

Bronchite. — Dans les cinq cas de bronchite, qui étaient des complications d'emphysème vésiculaire (3 cas) et de rougeole (2 cas) (2), l'ampliation a été plus prononcée que dans aucune autre affection; elle a été en moyenne de 6 centimètres, et c'est ici que l'on trouve les ampliations les plus fortes, 7 et 8 centimètres ; la durée moyenne a été de 22 jours.

Pneumonie. — Elle ne vient qu'en seconde ligne pour le degré de l'ampliation, qui n'a été en moyenne que de 4 centimètres et n'a jamais dépassé 6, malgré l'existence de l'hépatisation dans tous les cas. Cette lésion, je l'ai dit déjà, n'a été pour rien dans la production de l'ampliation thoracique générale ; car celle-ci se montrait

(1) Cette constance de l'ampliation dans les affections thoraciques fébriles doit la faire admettre comme positive dès la première mensuration, si la maladie ne touche pas à sa fin.

(2) J'ai rangé parmi ces observations les 2 cas de rougeole que j'ai observés, parce que la bronchite a été la lésion dominante.

tout aussi prononcée dans les pneumonies du sommet que dans celles de la base (là où s'appliquait le ruban mensurateur), et elle n'était pas plus marquée dans les pneumonies doubles que dans les pneumonies simples. Toutefois, je dois rappeler que si l'ampliation s'est faite toujours aux dépens des deux côtés de la poitrine, une fois, mais cette fois seulement (dans l'observation citée page 139), elle a été plus prononcée du côté affecté que du côté opposé. L'ampliation générale paraît aussi avoir été plus marquée dans les pneumonies gauches que dans celles du côté droit, car la rétrocession dans ces dernières n'a été que de 1 1/2 à 5 1/2 centimètres, tandis que dans les pneumonies gauches elle a été de 3 1/2 à 6 centimètres. Mais cette question n'est que secondaire.

Il n'en est pas de même de la question relative au début de la rétrocession considérée comme signe de la résolution de la pneumonie. Dans treize cas sur vingt, la rétrocession thoracique a commencé à s'effectuer pendant l'hépatisation, et *alors que les signes locaux n'annonçaient pas encore la résolution de la pneumonie.* C'est là un résultat général de la mensuration circulaire sur lequel il est bon d'insister, parce qu'on le retrouve dans d'autres maladies, et qu'on en peut tirer parti dans la pratique, comme nous le verrons. La rétrocession est si bien sous la dépendance de la résolution de la pneumonie, que la rétrocession n'eut pas lieu dans cinq cas dans lesquels il y eut persistance des signes de l'hépatisation pendant toute la durée du séjour des malades à l'hôpital, 20 à 33 jours. J'ai considéré ces faits comme des exemples d'ampliation stationnaire prolongée, bien que chez deux sujets tuberculeux il y ait eu de nombreuses oscillations.

Dans le fait d'*hémoptysie* comme dans celui de *pleurésie aiguë*, l'ampliation thoracique générale a été constatée dans toutes ses phases. La rétrocession dans le cas

de pleurésie fut de 8 centimètres et s'effectua en 6 jours. La croissance, puis la décroissance de l'ampliation, comme dans tous les autres cas, ne furent pas sensibles à la vue, mais seulement à la mensuration. J'ai à peine besoin de faire remarquer que cette ampliation croissante et décroissante, semblable à celle observée dans les autres maladies aiguës, est tout à fait différente de la dilatation et du rétrécissement du côté affecté signalés par Laënnec dans la pleurésie, et qu'on voit survenir à une époque plus avancée de la maladie, à moins que l'épanchement, quant à l'ampliation, ne soit rapidement très abondant.

La rétrocession, de 4 centimètres 1/2 en 7 jours chez le sujet atteint de *péricardite*, en annonça la résolution avant la diminution des signes locaux, comme dans certains cas de pneumonie. Dans le fait de *névralgie dorso-intercostale*, cette rétrocession de 6 centimètres fut cependant très rapide, comme la résolution de la maladie, puisque l'une et l'autre s'effectuèrent en 6 jours.

2° *Autres affections aiguës*. — L'ampliation thoracique aiguë, comme je l'ai établi plus haut, ne se remarquait pas seulement dans les maladies aiguës siégeant à la poitrine, mais encore dans d'autres affections aiguës dont la plupart étaient des exanthèmes fébriles (14 cas); on comptait, en outre, un cas de fièvre intermittente et un cas de rhumatisme articulaire.

Les *exanthèmes fébriles*, qui comprenaient six varioles, cinq érysipèles de la face et trois scarlatines, méritent surtout d'attirer l'attention au point de vue qui m'occupe. Ici l'ampliation, qui a varié entre 1 centimètre 1/2 et 6 centimètres 1/2, n'a été en moyenne que de 3 centimètres; elle a donc été moins prononcée que dans les affections thoraciques fébriles, en général.

Sa durée s'est montrée surtout beaucoup plus courte que dans ces dernières maladies, puisqu'elle n'a été en

moyenne, pour les trois phases de l'ampliation, que de 9 jours 1/10 au lieu de 17. Mais la différence est encore plus grande si l'on retranche les scarlatines, dans lesquelles la durée moyenne de toute l'ampliation a été de 14 jours 3/10. La variole et l'érysipèle de la face ont donc été surtout remarquables par le peu de durée de cette ampliation, qui ne fut en moyenne que de 7 et 8 jours plus une fraction dans chacune de ces maladies. Dans la variole, elle ne dura pas moins de 5 jours ni plus de 9; dans l'érysipèle de la face, elle fut au moins de 6 jours et au plus de 12.

Mais ce qui doit surtout être remarqué dans la variole, c'est l'époque de la maladie à laquelle apparut la période de décroissance de l'ampliation thoracique. Dans cinq cas de variole (1), l'ampliation progressive étant effectuée, la rétrocession commença une fois le 3ᵉ jour de la maladie, une fois le 4ᵉ, deux fois le 5ᵉ jour, et une fois le 6ᵉ, c'est-à-dire en moyenne du 4ᵉ au 5ᵉ jour de l'affection et du 1ᵉʳ au 3ᵉ de l'éruption. Et comme la durée de la rétrocession fut de 2 à 3 jours seulement, il en résulte qu'elle était terminée du 5ᵉ au 9ᵉ jour de la variole et du 3ᵉ au 5ᵉ jour de l'éruption, précisément à l'époque où cette éruption allait acquérir son développement le plus considérable. La rétrocession, et par conséquent l'ampliation progressive et stationnaire qui précèdent sont donc physiquement indépendantes de l'état de la peau dans la variole, puisque la rétrocession paraît et même cesse lorsque l'éruption augmente. Cette proposition, relativement à la nullité d'influence de l'éruption, est vraie aussi pour la scarlatine, car dans un cas où l'éruption

(1) Les 5 cas de variole dont il est ici question étaient simples, et l'éruption ne fut jamais confluente, quoique les pustules du visage fussent nombreuses. Un sixième sujet, pris de variole à l'hôpital, succomba le huitième jour de la maladie, sans décroissance de l'ampliation.

n'eut lieu qu'au niveau des aines, la rétrocession fut aussi bien caractérisée que dans les autres.

En outre de ces faits d'exanthèmes, on a vu que deux autres cas, l'un de *rhumatisme articulaire* et l'autre de *fièvre intermittente*, avaient aussi présenté l'ampliation thoracique si fréquemment constatée dans les maladies aiguës fébriles. Le premier de ces faits n'a rien offert de particulier (1); mais dans celui de fièvre intermittente, l'ampliation présenta des particularités remarquables par le moment où elle se montra et par la rapidité de sa disparition. Le malade était âgé de 27 ans et atteint de fièvre tierce depuis quinze jours. Il fut examiné peu avant l'apparition de l'accès, dont le frisson se déclara, en effet, trois heures après ; cet accès fut le seul qui se manifesta pendant les huit jours que le sujet resta à l'hôpital. La capacité thoracique générale, peu avant l'accès, avait 3 centimètres de plus qu'aux explorations suivantes, qui furent stationnaires. La rate ne paraissait développée ni à la palpation ni à la percussion. J'aurai plus loin à revenir sur cette observation.

Pour compléter ce que j'ai à dire des variations de la capacité thoracique dans les maladies aiguës, il me reste à parler des faits dans lesquels il n'y a pas eu d'ampliation comme celle décrite précédemment, mais des modifications de capacité thoracique d'un autre ordre, qu'il est nécessaire de faire connaître.

ART. II. — DU DÉFAUT D'AMPLIATION THORACIQUE DANS LES MALADIES AIGUES.

Sur soixante-sept sujets atteints de maladies aiguës diverses, on a vu qu'il ne s'en est trouvé que dix-sept

(1) Dans ce fait de rhumatisme articulaire, comme dans celui dont il sera parlé plus loin, les articulations du coude et des épaules étaient libres. La mensuration est impossible quand ces articulations sont affectées dans cette maladie.

chez lesquels l'ampliation thoracique précédemment décrite ait manqué. On a vu de plus que, chez tous les autres qui présentaient cette ampliation, il était survenu des phénomènes généraux fébriles au début de la maladie. Or, ces symptômes généraux du début ne se retrouvaient plus que d'une manière exceptionnelle dans les faits où cette ampliation n'a pas été constatée. D'abord, chez les neuf sujets atteints de maladies aiguës non fébriles, dont j'ai fait une catégorie à part en commençant cette première partie, l'ampliation a fait complétement défaut. De plus, dans les maladies fébriles, il a existé huit autres exceptions; mais parmi ces faits, on comptait trois varioloïdes très discrètes et un rhumatisme articulaire dans lesquels les phénomènes généraux du début *avaient été très légers;* et enfin, dans les faits restants (trois affections typhoïdes et une fièvre intermittente), il y avait eu une fièvre initiale bien marquée, mais il est plus que probable, vu la généralité des résultats exposés plus haut, que l'ampliation s'est produite sans pouvoir être constatée à la mensuration. Dans le cas de fièvre intermittente, les accès persistèrent pendant toute la durée du séjour du malade à l'Hôtel-Dieu, et il n'y eut pas de guérison, au moins momentanée; en sorte qu'on pouvait croire qu'il y avait ici une ampliation stationnaire qui persistait avec la fièvre. Quant aux trois affections typhoïdes, on conçoit que la distension irrégulière des organes digestifs, l'augmentation de volume de la rate et l'amaigrissement rapide qui surviennent dans le cours de la maladie, sont autant de causes qui peuvent modifier la capacité thoracique et empêcher la manifestation régulière de l'ampliation.

Ainsi, quand l'ampliation générale de la poitrine n'a pu être constatée dans les maladies aiguës : ou bien les phénomènes fébriles ont manqué au début, ou ils ont été très peu marqués ; ou enfin, lorsqu'ils ont été bien

prononcés, l'ampliation a été masquée par des modifications particulières de la capacité thoracique.

Parmi ces modifications évidentes, mais secondaires, de la capacité thoracique, je dois signaler surtout celles que j'ai observées dans les maladies aiguës abdominales (1). Elles consistaient en des variations sans suite, en plus ou en moins, dues sans doute à l'accumulation ou au déplacement de gaz dans les parties du tube digestif protégées par la base de la cage thoracique. Ces modifications étaient très irrégulières, et, par suite, de peu d'importance; il me suffit de les signaler pour que l'observateur ne puisse les prendre pour des signes de l'ampliation aiguë.

Cependant quelques uns de ces faits négatifs ont présenté une diminution graduelle de la capacité générale de la poitrine, qui pourrait jusqu'à un certain point simuler la décroissance de l'ampliation aiguë : je veux parler de la rétrocession thoracique générale due à l'*amaigrissement*. Elle a été manifeste dans le cas de phlegmon iliaque et dans deux des affections typhoïdes dont j'ai parlé plus haut.

Cette rétrocession par amaigrissement a été toute différente de la rétrocession aiguë. Tandis que cette dernière fut précédée d'ampliation thoracique générale, eut une marche d'autant plus rapide qu'elle était plus récente et une durée moyenne de 8 jours, la rétrocession par amaigrissement n'était pas précédée d'ampliation, avait une marche lente et inégale et une durée de 20 à 30 jours et plus. C'est ce que l'on trouve dans le tableau ci-après, dans lequel j'ai joint aux trois faits dont il vient d'être question deux autres observations d'affections

(1) Parmi ces affections, il y avait deux embarras gastriques, une pneumatose intestinale légère, une colique saturnine et un phlegmon de la fosse iliaque. Toutes étaient apyrétiques.

chroniques dans lesquelles a existé aussi une rétrocession lente semblable.

Numéros.	MALADIES.	Rétrocession par amaigrissement divisée par périodes de 5 jours. 1re période.	2e période.	3e période.	4e période.	5e période.	6e période.	Durée.	Rétrocession totale.
		Cent.	Cent.	Cent.	Cent.	Cent.	Cent.	Jours.	Cent.
1	Phlegmon iliaque.	1	0	1/2	1	1/2	1	30	4
2	Affection typhoïde. . . .	1/2	0	0	1	1 1/2	0	30	3
3	Id. . . . . Id.	1	0	1	0	1/2	0	23	2 1/2
4	Hydarthrose du genou. .	1	0	0	1	2	1	30	5
5	Névralgie chronique. . .	1/2	0	0	0	1	2	29	3 1/2
	Moyennes génér. (5 *cas*).	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	. . .	28	3,6

On peut facilement remarquer que la rétrocession par amaigrissement a bien eu, dans ces cinq cas, les caractères de lenteur et d'inégalité que je lui ai assignés ; qu'elle n'a pas été plus prononcée à son début que plus tard, comme la rétrocession aiguë ; et enfin, qu'elle n'a été, en moyenne, que de 3 centimètres 6/10, malgré sa longue durée.

Les maladies aiguës produisent, dans la convalescence, un amaigrissement souvent prononcé. Il a dû arriver, par conséquent, et il est arrivé en effet dans plusieurs cas, que la rétrocession par amaigrissement a succédé à la rétrocession aiguë décrite plus haut. C'est ce que j'ai pu observer chez quatre sujets convalescents, l'un de pneumonie, le deuxième d'hémoptysie, et les deux autres de

variole. Dans ces faits, la rétrocession aiguë étant bien terminée depuis un temps plus ou moins long, il en survint une nouvelle, qui fut observée pendant 10 à 23 jours, et qui fut seulemeut de 1 à 2 centimètres. Les malades, pendant ce temps, avaient subi un amaigrissement notable.

La rétrocession par amaigrissement, égale des deux côtés comme la rétrocession aiguë, et, comme elle aussi, appréciable seulement par la mensuration, ne peut pas être confondue avec le rétrécissement chronique d'un côté de la poitrine par la pleurésie, rétrécissement dont je n'ai pas, du reste, à m'occuper ici.

CHAPITRE III.

ÉLASTICITÉ GÉNÉRALE DE LA POITRINE CONSTATÉE PAR LA MENSURATION.

Corvisart a signalé le premier le parti que l'on peut tirer de la percussion pour juger du degré d'élasticité de la poitrine (1). Avec de l'habitude, en effet, on a par l'emploi de ce moyen une idée assez nette de cette élasticité dans les maladies, en se fondant sur le plus ou le moins de résistance perçue par le doigt qui percute. Pourtant on ne juge ainsi que de l'élasticité *locale* dans

(1) Dans plusieurs de ses remarquables commentaires sur l'ouvrage d'Avenbrugger, Corvisart revient sur la sensation d'élasticité que « le praticien, qui a fait » une étude exacte et suivie de la percussion, éprouve au bout de ses doigts.... » Cette sensation particulière (dit-il ailleurs) est une des plus importantes à » étudier et à acquérir : elle a des nuances infinies, depuis le témoignage du » ressort le plus marqué, jusqu'au toucher qui semblerait se faire sur un corps » dur, un squirrhe, par exemple, ce qui est une sensation bien différente de la » percussion de la cuisse. Or, ces nuances s'étudient et s'observent; mais elles ne » peuvent se transmettre par l'explication. » (*Nouvelle méthode, etc.*, pages 16, 88 et *passim.*)

le point plus ou moins étendu où siége la lésion intra-thoracique.

L'élasticité de la poitrine dans les maladies aiguës subit des modifications *générales* d'augmentation ou de diminution que ne peut constater la percussion la plus attentive et la mieux exercée. Ces modifications, *qui se manifestent à la fois des deux côtés de la poitrine*, sont au contraire parfaitement reconnues à l'aide de la mensuration circulaire. Je ne reviendrai pas ici sur le procédé de mensuration double que j'ai décrit dans l'introduction et à l'aide duquel on constate, avec une certitude mathématique en quelque sorte, le degré de cette élasticité générale. Il ne s'agit pas ici, comme on pourrait le penser, de données peu évidentes; car la différence obtenue par les deux mensurations successives (*voyez* l'introduction) a été de 4 centimètres au moins, chiffre qui représentait l'élasticité la plus faible, et dans d'autres faits, le chiffre s'est élevé jusqu'à 11 centimètres; j'ai trouvé en moyenne 6 à 6 1/2 centimètres. Cette élasticité varie suivant certaines maladies, mais les données qu'elle fournit sous ce rapport sont peu importantes. Il en est autrement des modifications de l'élasticité générale qui surviennent dans le cours même des affections aiguës, et dont il va être spécialement question dans ce chapitre (1).

Un premier fait capital résulte de l'analyse des cas de maladies aiguës envisagées sous ce rapport: c'est que les modifications de l'élasticité générale de la poitrine et celles de la capacité thoracique que peuvent présenter ces maladies sont des faits connexes chez tous les sujets. Constamment, en effet, à l'ampliation croissante ou sta-

(1) Quoique, au-dessous de 6 centimètres l'élasticité thoracique doive être considérée comme diminuée, le premier chiffre obtenu sur un malade n'a rien d'absolu. Comme pour la capacité de la poitrine, on ne peut juger la valeur de ce premier chiffre que par sa comparaison avec ceux qui ont été recueillis les jours suivants.

tionnaire correspondait la diminution de l'élasticité générale ; et à l'ampliation décroissante ou rétrocession répondait, au contraire, une augmentation de cette élasticité, c'est-à-dire son retour à l'état normal. Une autre circonstance rapprochait encore les modifications de l'élasticité de la poitrine des modifications de sa capacité : c'est que les unes comme les autres occupaient les deux côtés de la poitrine, quelles que fussent les maladies aiguës dans lesquelles on les observait. Ces maladies étaient très-variées, comme on peut le voir par l'énumération suivante, qui comprend dix-sept observations (1).

Pneumonie.	6 cas.
Variole.	3
Érysipèle de la face. . . .	3
Scarlatine.	1
Hémoptysie.	1
Bronchite.	1
Péricardite.	1
Rhumatisme articulaire. .	1
	17 cas.

Dans tous ces faits, il y avait ampliation thoracique générale, caractérisée, soit par l'ampliation progressive suivie de rétrocession, soit par la rétrocession seule. Dans le premier cas, c'était à la capacité générale la plus forte de l'ampliation que se rapportait la plus faible élasticité, et au chiffre le moins élevé de la rétrocession que se rencontrait, au contraire, l'élasticité la plus marquée. Lorsque l'ampliation croissante manquait et que l'ampliation décroissante ou rétrocession était seule constatée, les résultats étaient analogues en comparant l'élas-

(1) On verra plus loin que j'ai recherché l'élasticité thoracique chez dix autres sujets atteints de maladies aiguës, ce qui en porte le chiffre à vingt-sept. Ce petit nombre de faits, par rapport à la totalité de ceux que j'ai recueillis, s'explique par l'époque avancée de mes recherches à laquelle j'eus l'idée de constater l'élasticité thoracique dans les maladies.

ticité aux deux époques extrêmes de cette rétrocession. Le tableau suivant donne une idée complète de ces variations de l'élasticité générale de la poitrine.

MALADIES AIGUËS	Élasticité thoracique		Différence
	pendant l'ampliation.	à la fin de la rétrocession.	à la fin de la rétrocession.
	centim.	centim.	centim.
Pneumonie (6 cas), *moyennes*. .	5,3	6,6	+ 1,3
Hémoptysie (1 cas)	6	7,5	+ 1,5
Bronchite (1 cas).	5	6	+ 1
Péricardite simple (1 cas). . . .	5	8	+ 3
Rhumatisme articulaire (1 cas).	4	6,5	+ 2,5
Variole (3 cas), *moyennes*. . . .	6,6	8,9	+ 2,3
Erysipèle de la face (3 cas), *id*. .	6,3	7,8	+ 1,5
Scarlatine (1 cas).	6	7,6	+ 1,6
Moyennes générales (17 cas). . .	5,5	7,3	+ 1,8

On voit, d'après ce tableau, qu'il n'y a pas eu une seule exception à l'augmentation de l'élasticité générale à la fin de la rétrocession, relativement à l'ampliation antérieure. Il montre aussi que la différence entre les deux élasticités extrêmes a varié entre 1 et 3 centimètres, et qu'elle a été en moyenne de près de 2 centimètres (1,8). Il est plus que probable que la différence eût été plus forte si l'on avait pu comparer, dans tous les cas, l'élasticité de l'ampliation la plus prononcée à celle de la fin de la rétrocession, ce qui n'a eu lieu que chez 6 sujets, les autres n'ayant présenté que la rétrocession.

Que devenait l'élasticité générale du thorax dans l'intervalle des résultats extrêmes que je viens de signaler? C'est ce qu'il me reste à indiquer rapidement, en disant que l'augmentation graduelle de l'élasticité était évidente avec les progrès de la rétrocession. Toutefois, les oscilla-

tions étaient nombreuses, et je n'ai pu, chez aucun sujet, rencontrer une succession régulière de tous les chiffres obtenus. Ce n'est qu'en groupant deux par deux, ou trois par trois, les nombres exprimant le degré d'élasticité, et en comparant les moyennes de ces groupes, que j'ai bien reconnu la marche croissante de l'élasticité générale. Ainsi, chez un sujet, je trouvai en quinze jours : d'abord 4 centimètres, puis successivement 4 1/2, — 4, — 5, — 4 1/2, — 6 1/2 centimètres. La progression est évidente, mais non régulière ; tandis que les moyennes de deux en deux mensurations, donnent 4 1/4, — 4 1/2, — 5 1/2 centimètres d'élasticité. Dans un autre fait, où les mensurations isolées ont donné les chiffres 7, — 7 1/2, — 7, — 8, — 7 1/4, — 8, — 8, — 8 1/2, j'obtiendrais de même les moyennes 7 1/4, — 7 1/2, — 7 3/4, — 8 1/4, qui démontrent bien mieux l'élasticité de plus en plus grande de la poitrine. Ce retour graduel de l'élasticité générale s'est fait, dans tous les cas, des deux côtés de la poitrine ; mais dans ceux de pneumonie, il s'est effectué moins vite du côté malade que du côté sain.

Pour terminer ce qui est relatif à l'élasticité générale de la poitrine dans les maladies aiguës, il me reste à parler de dix observations de maladies aiguës variées, dans lesquelles cette élasticité n'a pas été régulièrement modifiée comme dans les faits précédents. Or, dans ces dix observations, il n'y avait ni ampliation ni rétrocession aiguës. Ce résultat explique, conformément à la loi de coïncidence posée plus haut, pourquoi l'élasticité est restée stationnaire ou a présenté des oscillations insignifiantes et irrégulières, lorsque la capacité thoracique a été elle-même régulièrement stationnaire ou bien a offert des modifications désordonnées (comme dans certaines affections abdominales dont il a été question à l'article II du précédent chapitre).

DEUXIÈME PARTIE.

CAUSES ET SIGNIFICATION DES VARIATIONS DE LA CAPACITÉ THORACIQUE DANS LES MALADIES AIGUES.

J'ai montré dans la première partie que, dans les maladies aiguës, il n'était pas possible d'obtenir, par la mensuration comparative des deux côtés de la poitrine, des données de quelque valeur, sauf dans certains cas exceptionnels. La mensuration générale, au contraire, a fourni des résultats importants. Ils ont mis hors de doute que les affections aiguës, fébriles à leur début, peuvent s'accompagner de signes particuliers du côté de la capacité thoracique, et que ces signes, recherchés dans les affections aiguës non fébriles, ont manqué complétement.

L'analogie complète des caractères généraux de l'ampliation thoracique observée dans les affections fébriles, malgré la diversité de ces dernières, prouve que cette ampliation a une origine commune qu'il faut chercher en dehors des lésions attribuées d'ordinaire à ces maladies. Quelle est la cause de cette ampliation ? ou pour mieux préciser les données du problème, quelle est la condition pathologique ou l'élément commun à toutes ces affections aiguës fébriles qui peut expliquer : d'abord l'ampliation croissante de la poitrine avec diminution de son élasticité générale, ensuite la décroissance de cette ampliation avec retour de l'élasticité normale ? Telle est la question que j'ai d'abord à résoudre ; je m'occuperai ensuite de la valeur diagnostique et pronostique de ces signes.

CHAPITRE PREMIER.

CAUSES DES VARIATIONS DE LA CAPACITÉ THORACIQUE DANS LES MALADIES AIGUES.

Un premier point essentiel à établir au début de ce chapitre, c'est que l'ampliation progressive avec diminution de l'élasticité thoracique, puis la rétrocession avec retour de l'élasticité normale, sont des faits physiques et matériels, et la conséquence nécessaire d'une cause également physique et matérielle.

Ce n'est pas dans les parois thoraciques, indépendamment des organes contenus dans la poitrine, que l'on pourrait trouver la cause première de l'ampliation. S'il en était autrement, et que ce phénomène fût simplement le résultat d'un état dynamique particulier des mouvements de la respiration, j'aurais constaté, dans tous les cas d'ampliation, une étendue plus grande des mouvements inspiratoires, tandis qu'il n'en a pas été ainsi, et que chez la plupart des malades la respiration était naturelle. Comment d'ailleurs, dans cette hypothèse, pourrait-on se rendre compte de la diminution d'élasticité générale qui accompagne l'ampliation ? Une expansion plus grande que d'ordinaire des parois thoraciques agrandit les vides pulmonaires; l'élasticité de la poitrine devrait donc alors être augmentée au lieu d'être diminuée. Si j'ajoute que la mensuration a toujours été pratiquée avec soin hors du temps de l'inspiration (après l'expiration) et que, malgré cette circonstance, l'ampliation n'en a pas moins été notée, on concevra que la cause des phénomènes n'est pas exclusivement dans les parois thoraciques et qu'elle doit être recherchée plus profondément.

Il me paraît hors de contestation que la diminution

de l'élasticité ne peut résulter que d'un engorgement de la masse des organes intra-thoraciques, de même que l'ampliation ne peut être due qu'à une augmentation de leur volume. Mais comment, en pareil cas, se fait cet *engorgement avec augmentation de volume de ces organes?* C'est ce qu'il s'agit de déterminer.

Au premier abord, on ne voit que la pneumonie dans laquelle ces conditions des organes thoraciques semblent devoir exister. Cependant il est inutile de discuter, comme point de départ de la solution du problème, si le poumon augmente ou non de volume dans l'hépatisation, puisque l'ampliation thoracique avec élasticité moindre a été observée, non-seulement dans la pneumonie, mais encore dans beaucoup de maladies où l'hépatisation a fait complétement défaut. Je dois faire observer d'ailleurs que, dans les faits de pneumonie, trois fois cette lésion n'a occupé que le sommet du poumon, et que l'ampliation et la rétrocession générales ont été rencontrées tout aussi bien et avec une égale intensité, dans ces faits, que dans ceux où la lésion occupait la partie inférieure des poumons, niveau de l'application du ruban mensurateur. L'hépatisation n'a donc pas été ici la cause immédiate de l'ampliation, et il faut chercher cette cause ailleurs. Elle doit exister nécessairement, en effet, dans toutes les autres maladies aiguës où l'ampliation a été constatée, et où ce phénomène, malgré l'absence de toute hépatisation pulmonaire, a présenté les mêmes caractères que dans la pneumonie, et a même été parfois plus prononcé que dans cette dernière affection. Or, un seul ordre d'éléments communs relie tous les faits dans lesquels l'ampliation thoracique a été rencontrée : ce sont *les symptômes généraux de l'invasion.*

Dans tous les cas dans lesquels l'ampliation aiguë ou ses conséquences ont été constatées, ces symptômes, tels que malaises, frissons, céphalalgie, faiblesse géné-

rale, anorexie, etc., ont existé pour la plupart dès l'invasion; et dans les cas dans lesquels l'ampliation a paru manquer, ils avaient manqué eux-mêmes ou avaient été insignifiants. Ce sont là des faits importants à signaler. Pourtant, je me hâte de le dire, ces symptômes généraux du début de la maladie n'expliquent rien par eux-mêmes, et il faut chercher dans la *congestion pulmonaire* qui les accompagne, comme il est facile de le démontrer, la véritable cause de l'ampliation thoracique dans les affections aiguës fébriles (1).

Dans le cours d'une hémoptysie survenue chez un phthisique au premier degré et précédée de symptômes généraux, j'ai constaté, comme je l'ai dit ailleurs, une ampliation thoracique progressive avec élasticité moindre, suivie de rétrocession avec retour de l'élasticité normale (2). Il n'existait dans ce cas aucune matité à la percussion, et la respiration, quoique altérée, était entendue partout; on ne pouvait donc attribuer qu'à la congestion pulmonaire l'ampliation thoracique et la diminution sensible de l'élasticité générale, notées d'abord. Lorsque cette ampliation a diminué, la rétrocession s'est faite en même temps que l'élasticité revenait, en augmentant, à son état normal; enfin, lorsque la congestion et l'hémoptysie ont disparu, la rétrocession s'est arrêtée et l'élasticité a été plus prononcée que précédemment. Ce seul fait me semble suffisant pour démontrer l'in-

(1) Le cœur, les gros vaisseaux et l'œsophage sont, avec les poumons, les organes principaux de la poitrine. Mais il est évident qu'au point de vue qui m'occupe, les poumons seuls ont pu être le point de départ de l'ampliation avec diminution de l'élasticité thoracique, au niveau de la partie inférieure du thorax où se pratiquait la mensuration.

(2) Il s'agit ici d'un tuberculeux au premier degré, âgé de trente-neuf ans, et qui, à son admission, expectorait un plein crachoir de sang par vingt-quatre heures. Le bruit respiratoire, très-faible au sommet du poumon gauche, y était mélangé de craquements dans l'inspiration et l'expiration. Ces craquements disparurent complétement dans la convalescence de l'hémoptysie.

fluence de la congestion des organes respiratoires comme cause de l'ampliation thoracique.

Si pourtant j'examine les autres faits de maladies aiguës, ils viennent prêter à cette manière de voir un nouvel appui. On peut se rappeler cette observation de fièvre intermittente dans laquelle la poitrine, mensurée peu de temps avant l'accès, offrait une ampliation de 3 centimètres qui disparut avec cet accès dès le jour suivant. Aucune lésion apparente n'existait ici du côté des poumons, soit à la percussion, soit à l'auscultation, ni la rate ni le foie n'étaient augmentés de volume; la congestion pulmonaire seule, quoique latente, peut donc être admise, comme dans le fait d'hémoptysie. Cette hyperémie, pendant le frisson de la fièvre intermittente et produisant alors l'ampliation thoracique, s'accorde parfaitement avec l'augmentation thermométrique de la chaleur de la peau de l'aisselle, constatée par M. Gavarret dans le stade de froid. Le début symptomatique de la plupart des maladies aiguës n'a-t-il pas la plus grande analogie avec celui d'un accès de fièvre intermittente, et ne sait-on pas que l'ampliation a lieu dès l'invasion de ces maladies?

Dans les bronchites aiguës étendues, l'ampliation fut plus prononcée que dans toute autre affection, sans même excepter la pneumonie, sans doute parce que la congestion pulmonaire qui accompagnait la bronchite était plus considérable. Dans les exanthèmes fébriles, les symptômes généraux du début ouvrent constamment la scène et ne peuvent être niés; aussi l'ampliation thoracique, conséquence de la congestion pulmonaire, a-t-elle été ici de toute évidence. Dans trois cas de varioloïdes très-discrètes il n'y eut seulement que des malaises avec peu d'abattement comme symptômes généraux lors de l'invasion, et en même temps absence d'ampliation avec élasticité stationnaire. Dans tous les autres faits, au contraire (variole, érysipèle de la face, scarlatine), où les sympto-

mes généraux du début furent franchement caractérisés, l'ampliation avec diminution de l'élasticité générale fut constatée. La congestion pulmonaire, l'ampliation et la diminution de l'élasticité générale de la poitrine sont donc ici encore des faits connexes.

J'ai fait remarquer que, dans la variole, l'ampliation thoracique avait été de courte durée, de même que la diminution de l'élasticité, malgré les progrès croissants de l'éruption. On se rend facilement compte de ce fait. La congestion pulmonaire, qui donnait lieu à l'ampliation de la poitrine, disparaissait lorsque le travail exanthématique extérieur (congestion cutanée et développement des vésicules) devenait plus considérable. C'est ce qui fait comprendre que, dans un cas de variole et dans ce moment même, il a pu y avoir une rétrocession de 4 1/2 centimètres en deux jours.

Ainsi, voilà un élément important du début des maladies aiguës fébriles, la congestion pulmonaire, que la mensuration de la poitrine a pu seule révéler jusqu'à présent, en précisant l'époque de son apparition, ses périodes croissante, stationnaire et décroissante, ainsi que son intensité plus ou moins grande.

Ce n'est pas ici le lieu d'étudier complétement cette congestion, ni d'exposer, d'après les faits, ce que les moyens explorateurs autres que la mensuration indiquent en pareil cas. Depuis que mon attention a été fixée sur ce point intéressant de pathologie, j'en ai fait l'objet de recherches particulières, dont la publication suivra de près celle de ce mémoire. J'espère alors démontrer que l'auscultation fournit dans la plupart des cas, de même que la percussion dans un plus petit nombre, des signes importants, et que, par cela même, cette hyperémie des organes respiratoires mérite une étude toute spéciale.

Pour établir d'une manière incontestable la réalité de

cette cause de l'ampliation thoracique des maladies aiguës fébriles, il me reste maintenant à examiner si, dans les faits dont il a été question dans la première partie, il n'a pas existé, en dehors de la congestion des organes intra-thoraciques, des influences pouvant par elles-mêmes donner lieu à l'ampliation thoracique aiguë. Voyons, en effet, si la fréquence du pouls, les déperditions sanguines, les évacuations gastro-intestinales abondantes, et enfin le régime auquel ont été soumis les malades, n'ont pas eu leur part d'influence étiologique.

L'analyse des faits que j'ai recueillis m'a démontré que *la fréquence du pouls*, phénomène bien distinct des symptômes généraux de l'invasion, comme je l'ai fait déja remarquer, n'a exercé aucune influence apparente pour la production des signes dont il est question. L'ampliation a progressé souvent, en effet, malgré l'état normal du pouls, et, dans beaucoup de cas, la décroissance de cette ampliation a continué à s'effectuer, malgré la fréquence plus grande des battements artériels survenue incidemment. De plus, les faits observés ont présenté dans la marche et les caractères de ces variations de la capacité thoracique, une certaine régularité qui n'a pas existé pour le mouvement fébrile. L'intensité du mouvement fébrile, puis sa disparition, n'expliquent donc point les phénomènes.

Les *émissions sanguines*, plus ou moins abondantes, n'ont pas agi comme cause de diminution de la capacité thoracique dans la rétrocession. Dans beaucoup de faits, la rétrocession a suivi sa marche ordinaire quoique les malades n'aient pas été saignés, même dans plusieurs cas de pneumonie; et il est à remarquer qu'il en a été ainsi dans les deux cas de rétrocession les plus rapides que j'aie rencontrés. Un seul de ces deux sujets avait été soumis à une application de ventouses scarifiées. Je puis ajouter que l'emploi des saignées n'expliquerait

pas la durée parfois persistante de la rétrocession aiguë, et que, dans les cas où cette durée a été la plus courte, comme dans certains exanthèmes, il n'a été pratiqué aucune émission sanguine générale ou locale. Enfin les saignées, les ventouses scarifiées et les applications de sangsues n'ont pas empêché, dans certains cas, l'ampliation progressive de la poitrine de continuer à s'effectuer. Leur influence apparente a donc été négative.

Il en a été de même pour les *vomissements* et les *évacuations intestinales* qui ont été produits chez plusieurs sujets. Dans un certain nombre de cas, la rétrocession a coïncidé avec l'emploi de l'émétique à hautes doses; mais il faut noter que ce médicament a rarement alors produit des évacuations, et qu'il a agi en favorisant la résolution de la maladie. Enfin, dans certains faits où des évacuations ont été provoquées, les éméto-cathartiques n'ont pu entraver la marche de l'ampliation.

Cette question me conduit à examiner quel a été l'effet du *régime* auquel ont été soumis les malades à l'hôpital, sur les périodes de progrès ou de décroissance de l'ampliation. La capacité thoracique pouvait être subordonnée, en effet, jusqu'à un certain point, à celle des organes digestifs qui sont contigus à la base de la poitrine. Mais ici encore, l'analyse des observations fait arriver à une conclusion négative, et une double remarque suffit pour le prouver. D'abord tous les malades ont été examinés lorsqu'ils étaient à jeun, et par conséquent dans les mêmes conditions sous ce rapport à chaque exploration; ensuite la diète la plus rigoureuse n'a pas empêché l'ampliation thoracique du début, de même que les aliments donnés en quantité croissante à beaucoup de malades, dans le cours de la rétrocession, n'ont pas mis obstacle à l'évolution de cette dernière.

Des gaz peuvent se développer dans l'estomac et le gros intestin. Il en résulte que ces cavités peuvent être

irrégulièrement distendues ou affaissées, suivant le moment auquel on examine le malade. Ne peut-on pas quelquefois attribuer à ces distensions et à ces affaissements irréguliers, les *oscillations* que l'on constate du jour au lendemain dans les résultats de la mensuration générale ? Je crois qu'il peut en être ainsi dans certains cas, mais la pneumatose échappe difficilement à une exploration attentive, et, lorsqu'elle sera constatée, on ne se méprendra pas sur la cause de l'oscillation observée. Dans les autres circonstances, je crois que les oscillations traduisent, pour ainsi dire, l'irrégularité de la marche de la congestion pulmonaire elle-même ; car la mensuration forcée, telle que je l'ai employée et conseillée, donne des résultats très-précis. Je dois faire observer que, sur huit tuberculeux atteints de pneumonie, six ont présenté des oscillations, comme si dans la phthisie la congestion pulmonaire était moins régulière que dans les autres maladies.

Pour terminer l'énumération des influences qui coïncident avec les modifications de la capacité thoracique, il me reste à rappeler, pour mémoire, l'*amaigrissement*, qui produit parfois une *rétrocession chronique* précédemment signalée dans la première partie de ce travail. On y a vu que la rétrocession thoracique qui survient sous cette influence a des caractères tout particuliers qui l'empêchent d'être confondue avec la rétrocession aiguë.

Il résulte donc de l'analyse des faits que l'*ampliation aiguë de la poitrine*, avec les modifications d'élasticité thoracique générale qui s'y rattachent, doit être attribuée aux diverses périodes d'une congestion pulmonaire spéciale qui existe au début des affections aiguës fébriles; que la rétrocession thoracique *chronique* est due à un amaigrissement prolongé; et enfin que les oscillations accidentelles de capacité peuvent être rapportées, soit

aux variations accidentelles de volume du tube gastro-intestinal, soit aux oscillations de la congestion elle-même.

CHAPITRE II.

SIGNIFICATION DES VARIATIONS DE LA CAPACITÉ THORACIQUE DANS LES MALADIES AIGUES.

L'étude de l'ampliation générale de la poitrine dans les affections aiguës fébriles ne présente, au point de vue du diagnostic de ces maladies, rien de bien important. Les signes qui la révèlent dans ses différentes phases montrent, en effet, à part une durée variable, une analogie frappante dans les affections les plus diverses. Mais sous le rapport du pronostic, ces signes offrent un tout autre intérêt.

La durée de l'ampliation progressive, lorsqu'elle se prolonge au delà de ses limites ordinaires, indique, en dehors des autres symptômes, que la maladie sera longue; car la rétrocession a en général une durée égale à celle de l'ampliation. C'est surtout dans les maladies thoraciques que l'on trouve l'application de cette règle générale. Dans les exanthèmes, la persistance de l'ampliation prouve que la marche de ces affections est insolite, et par suite qu'elles seront plus graves. Il ne faut pas oublier que dans la variole suivie de guérison, la rétrocession a été constatée du 4e au 5e jour de la maladie, ou du 1er au 3e jour de l'éruption.

Le début de la rétrocession, qui montre que l'ampliation est terminée, est donc un signe favorable dans la marche des maladies aiguës comme preuve de leur décroissance. Cependant si la diminution de tous les autres symptômes tant locaux que généraux annonçait cette résolution en même temps que la rétrocession, il serait

surperflu pour le pronostic de rechercher le début de cette dernière. Mais il n'en est ainsi que dans un certain nombre de faits; dans les autres, comme chez des sujets atteints de pneumonie, de bronchite, et de péricardite que j'ai observés, la rétrocession a débuté alors que les symptômes locaux n'annonçaient pas encore la résolution de la maladie (1). Ce résultat suffit pour donner ici à la rétrocession, comme signe, une importance réelle.

Mais il y a plus : cette importance se rattache non-seulement à la marche des affections aiguës fébriles, mais encore à leur traitement. Si la résolution naturelle de la maladie, en effet, n'était pas douteuse à la mensuration, on ne pourrait conclure à l'efficacité d'un agent thérapeutique alors mis en usage, puisqu'on ne saurait lui attribuer le changement favorable annoncé déjà par la mensuration.

Enfin, dans un certain nombre de faits de maladies aiguës, le sujet a annoncé qu'il éprouvait une amélioration générale sensible, sans que la diminution des symptômes ait été autrement évidente. Les choses se sont ainsi passées dans quelques pneumonies, et chez des sujets atteints de variole au moment de l'éruption. Or, dans ces circonstances, l'amélioration coïncidait constamment avec le début de la rétrocession thoracique.

Ainsi la constatation du début de la rétrocession par la mensuration peut éclairer le praticien sur le pronostic de la maladie aiguë qu'il observe, sur l'efficacité réelle des médicaments qu'il emploie, et enfin le mettre sur la voie pour expliquer certaines améliorations générales dont la nature était inconnue.

L'élasticité générale de la poitrine, envisagée seule,

(1) J'ai dit dans la première partie que, 13 fois sur 20 cas de pneumonie, la rétrocession avait débuté pendant l'hépatisation pulmonaire.

peut être également la source de quelques données séméiologiques. Sur 46 cas (dont 19 de maladies chroniques) dans lesquels l'élasticité par mensuration a été recherchée, j'ai trouvé, en moyenne, que l'élasticité la plus grande existait dans l'emphysème pulmonaire (4 cas), et que l'élasticité moindre se trouvait dans la pneumonie (période d'hépatisation); tandis que, dans les exanthèmes fébriles (12 cas) et dans la phthisie tuberculeuse (15 cas), elle avait une intensité moyenne. Cette élasticité présentait les chiffres suivants :

La plus grande (emphysème). . . . 8 cent. 3/10.
La plus faible (pneumonie). . . . . 5 cent. 3/10.
La moyenne (exanthèmes, phthisie). 6 à 7 cent. (1).

L'élasticité moyenne ou plus élevée que la moyenne, lorsqu'elle a été constatée dans la pneumonie, a coïncidé avec une terminaison heureuse de la maladie. De plus, l'élasticité croissante a aussi toujours été, dans les affections aiguës les plus diverses, un signe favorable, car cet accroissement est lié, comme on sait, à la période de déclin de l'ampliation.

On devra se rappeler que, parmi les maladies aiguës fébriles, il en est dans lesquelles l'ampliation thoracique est difficilement constatée par suite d'un certain nombre de circonstances qui s'opposent à sa manifestation régulière. Tels sont l'affection typhoïde (2), le rhumatisme

(1) Je me suis demandé si les différences d'âge des sujets ne rendaient pas compte de ces résultats généraux de l'élasticité par mensuration; mais l'examen des faits a répondu par la négative, et cela se conçoit. Si, chez le vieillard, le tissu pulmonaire est plus raréfié, et l'est moins chez le jeune homme, ce qui peut influer sur l'élasticité générale du thorax, en revanche les parois de la poitrine sont moins souples chez le premier que chez le second, ce qui tend à établir la compensation.

(2) Depuis la rédaction définitive de ce mémoire, j'ai recueilli beaucoup d'observations qui toutes sont venues confirmer les faits nouveaux qu'il contient; seulement, à propos de l'affection typhoïde, je dois dire que, dans deux cas légers sans météorisme, j'ai pu constater manifestement l'ampliation thoracique aiguë.

articulaire fébrile généralisé, la fièvre intermittente, et enfin la plupart des maladies aiguës dont le siége anatomique est dans l'abdomen.

J'ai évité jusqu'à présent dans ce chapitre, ainsi qu'on l'a vu, de parler de la congestion pulmonaire à propos des questions qui s'y trouvent traitées. En agissant ainsi, j'ai voulu fonder uniquement sur les résultats positifs de la mensuration mes conclusions diagnostiques et pronostiques. Mais, d'après ce que j'ai dit de la congestion des poumons, je puis maintenant faire remarquer combien cette cause de l'ampliation donne une explication facile et naturelle des données pronostiques que j'ai exposées. Ainsi, la durée prolongée de l'ampliation progressive ou stationnaire est la conséquence de la persistance de la congestion pulmonaire, et le début de la rétrocession indique la diminution de cette même congestion. On conçoit dès lors comment la période décroissante de l'ampliation peut annoncer la résolution de la maladie en même temps que celle d'un de ses principaux éléments : la congestion pulmonaire qui l'accompagne.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

1° Dans le cours des maladies aiguës, la capacité de la poitrine m'a présenté fréquemment des modifications importantes qui n'étaient pas sensibles à la vue, mais seulement à la mensuration circulaire envisagée à des points de vue particuliers.

2° La capacité relative des deux côtés de la poitrine, que l'on a eue seule jusqu'à présent pour objet dans l'emploi de la mensuration, n'offre pas, dans les maladies aiguës, de variations qui constituent des signes de quelque valeur. Une seule fois, sur 23 cas de pneumonie

simple, cette mensuration a démontré l'existence d'une dilatation relative du côté malade.

3° La capacité générale du thorax, explorée à différentes époques des maladies à l'aide de la mensuration, a été, au contraire, presque constamment modifiée dans les affections aiguës les plus diverses, mais seulement lorsqu'elles débutaient par des symptômes généraux fébriles bien caractérisés.

4° La mensuration faisait alors constater, dès le début, une ampliation des deux côtés de la poitrine, présentant trois périodes de progrès, d'état et de déclin; d'une durée variable comme celle des maladies dont elle suivait en général les phases, et d'une étendue de 1 1/2 à 8 centimètres, 4 centimètres en moyenne.

5° De plus, la mensuration, opérée dans de certaines conditions, faisait constater mathématiquement les différents degrés de l'*élasticité générale de la poitrine*. Cette élasticité était constamment diminuée pendant l'ampliation progressive et stationnaire du thorax, puis revenait graduellement vers son état normal pendant le déclin de l'ampliation.

6° L'ampliation thoracique générale des maladies aiguës a été la même pour toutes, si ce n'est que, dans certains exanthèmes, tels que la scarlatine et surtout la variole et l'érysipèle de la face, elle a été, en général, beaucoup plus courte, et que dans la variole elle était terminée avant le développement complet de l'éruption.

7° Dans l'affection typhoïde et les diverses maladies aiguës de l'abdomen, cette ampliation ne peut être toujours régulièrement constatée, à raison des causes particulières qui, dans ces maladies, peuvent faire varier irrégulièrement la capacité générale de la poitrine.

8° Cette ampliation générale avec diminution de l'élasticité thoracique était due à la congestion pulmonaire coïncidant d'abord avec les symptômes généraux du

début des maladies. Cette congestion, révélée par la mensuration, est donc un élément important des affections aiguës.

9° Ni la fréquence plus ou moins grande du pouls, ni les émissions sanguines, ni les évacuations gastro-intestinales, ni le régime alimentaire, n'ont paru avoir d'influence sur l'apparition des différentes phases de l'ampliation thoracique.

10° Les oscillations que présentaient, chez un petit nombre de sujets, les chiffres de l'ampliation progressive, stationnaire, ou décroissante, étaient produites soit par la présence accidentelle de gaz dans les organes digestifs, soit par des oscillations de la congestion pulmonaire elle-même.

11° L'amaigrissement produisait, dans certains cas, une rétrocession thoracique très lente et très irrégulière, qu'on ne pouvait confondre avec la rétrocession de l'ampliation thoracique des maladies aiguës.

12° L'ampliation croissante annonçait en général les progrès de la maladie; l'ampliation stationnaire persistante, sa prolongation ; et la décroissance de l'ampliation, sa résolution. La rétrocession thoracique de la troisième période indiquait souvent la résolution de la maladie avant la diminution de ses symptômes ou signes locaux.

IV

MÉMOIRE

SUR

LES CANCROÏDES CUTANÉS,

Par le docteur LEBERT,
Professeur de clinique médicale à Zurich (Suisse),
Membre titulaire de la Société médicale d'observation,
de la Société de chirurgie et de la Société anatomique de Paris,
Chevalier de la Légion d'honneur, etc.

INTRODUCTION.

J'ai déjà traité avec détail et à différentes reprises le sujet du présent travail. Je me suis occupé pour la première fois en 1845, dans ma *Physiologie pathologique*, des affections de la peau que l'on confondait avec le cancer et auxquelles j'ai donné depuis le nom de *cancroïdes*. Deux années plus tard, en 1847, je publiai à Berlin un volume de mémoires de chirurgie pratique et de physiologie pathologique, dans lequel se trouvaient de nouvelles données sur les mêmes maladies. Mais ce n'est qu'en 1851 que ce sujet, aussi important pour la pathologie que pour la thérapeutique chirurgicale, fut de ma part l'objet d'un travail définitif. Mon *Traité des maladies cancéreuses et des affections confondues avec le cancer* présente, avec les Mémoires de la Société de

chirurgie de Paris, le résumé le plus complet de mes connaissances à cet égard.

Cependant aucun de ces travaux ne contient les pièces justificatives, pour ainsi dire, de mes doctrines générales. C'est pour combler cette lacune que j'ai réuni dans la première partie de ce mémoire quelques unes des observations les plus importantes que j'ai recueillies depuis plus de dix ans sur toutes les affections cutanées dans lesquelles il y avait un travail de nature en apparence cancéreuse. Je les ai fait suivre, dans la seconde partie de l'analyse numérique, de tous les faits de cancroïdes cutanés que j'ai pu recueillir.

Mais avant de rapporter ces observations, je vais résumer rapidement les faits généraux relatifs au cancroïde cutané comparé au cancer.

On sait que j'appelle cancroïde de la peau une maladie qui offre avec le cancer à la fois des différences et des analogies. Mais il existe entre ces deux affections cette différence fondamentale que, dans le cancer, il y a développement d'un tissu nouveau qui se substitue aux tissus normaux au milieu desquels il est déposé, tandis que rien de pareil n'a lieu dans les affections cancroïdes (1).

Nous distinguons dans celles-ci deux formes principales, la forme *hypertrophique* et la forme *ulcéreuse*. Dans la première, il n'y a qu'augmentation, nutrition exagérée, des éléments épidermiques et papillaires qui constituent plus particulièrement la surface de la peau. Dans la forme ulcéreuse, ce sont encore ses éléments

(1) La synonymie du cancroïde de la peau serait assez vaste, si l'on voulait faire l'énumération de toutes les affections non cancéreuses de la peau qui ont été confondues avec le cancer. Si nous faisons abstraction du squirre, de l'encéphaloïde, du cancer mélanique et du fongus hématode, il ne reste comme synonymes principaux du cancroïde que le cancer verruqueux, l'ulcère chancreux du visage, et enfin le cancer épithélial de quelques auteurs allemands.

normaux qui subissent la nécrose moléculaire qui constitue l'ulcération.

La marche envahissante, l'extension de proche en proche, non seulement à la peau ambiante, mais à toutes les parties, molles ou dures sous-jacentes, l'infection des glandes lymphatiques auxquelles aboutissent les vaisseaux lymphatiques de la partie malade, enfin l'extension continuelle de l'ulcération, établissent entre les affections cancroïdes et le cancer des rapports nombreux. Mais comme différences, nous rappellerons la structure épidermique et l'absence des cellules du cancer dans le cancroïde envahissant; l'absence de base squirreuse ou encéphaloïde dans le cancroïde ulcéreux; l'absence des récidives éloignées du siége primitif du mal, après des opérations; l'absence enfin de l'infection de l'économie tout entière. Le cancroïde ne s'étend que localement; il ne se généralise point passé la zone anatomique des tissus voisins et les glandes lymphatiques en connexion directe avec la partie malade. Il est loin toutefois d'être une maladie bénigne. Le cancer est, au contraire, une maladie générale et diathésique, comme nous avons cherché à l'établir ailleurs.

On trouve, dans la structure anatomique, tous les passages entre le cancroïde cutané de l'apparence la plus maligne et des affections dont l'innocuité ne saurait être révoquée en doute. Rien de plus probant, sous ce dernier rapport, que la structure des verrues ordinaires. Nous n'y trouvons en effet autre chose que, sous une enveloppe épidermique commune, un certain nombre de papilles notablement hypertrophiées.

Si nous examinons des tumeurs cancroïdes saillantes et mûriformes et non encore ulcérées, ou si nous prenons les bords durs et verruqueux lorsque l'ulcération s'est déjà établie, nous n'y trouvons autre chose que ces mêmes papilles avec une augmentation notable de vas-

cularité et de nutrition. Dans certains cancroïdes ulcérés, tout le fond de l'ulcère est garni de ces éminences papillaires, et nous y trouvons également, comme principal élément histologique, les cellules d'épiderme, bien conservées dans l'enveloppe concentrique des papilles.

Il y a une forme du cancroïde cutané dans laquelle la couche épidermique superficielle et homogène est le siége principal d'un épaississement notable, dépassant un demi-centimètre et plus d'épaisseur. Dans ces cas, les papilles n'ont pas notablement augmenté de volume.

La forme, de beaucoup la plus essentielle à connaître et la plus grave en même temps, est celle dans laquelle l'hypersécrétion épidermique ne s'est pas bornée aux papilles et à la couche épidermique homogène, mais s'étend dans le tissu du derme lui-même, dont les mailles fibreuses sont peu à peu envahies, ce qui donne à l'ensemble du tissu un aspect jaune pâle, plutôt homogène, grumeleux à la pression et au grattage, infiltré quelquefois d'une substance épaisse qui ressemble au mastic des vitriers et qui, délayée avec de l'eau, se désagrége en feuillets séparés sans émulsionner le liquide. L'épiderme anormal, une fois parvenu dans les lames profondes du derme, peut s'étendre aux muscles, aux os voisins, et être même charrié jusque dans les glandes lymphatiques voisines (1).

(1) Nous avons observé l'infection épidermique des ganglions dans trois états différents. La première forme est celle où un blastème en partie solide, entouré d'un liquide presque transparent, d'un jaune pâle et luisant ou d'un jaune plus terne, et en même temps plus sec, est déposé dans des glandes lymphatiques tuméfiées. La deuxième forme est celle d'un dépôt d'un jaune pâle, homogène, ressemblant beaucoup au tubercule cru et jaune, mais moins grumeleux et plutôt feuilleté, caractère qui ressort surtout lorsqu'on le délaie dans l'eau. Enfin, la troisième forme constitue la phase la plus avancée de l'infection glandulaire épidermique. Ici le dépôt, incapable de vascularisation, excite autour de lui une phlegmasie suppurative, et l'abcès devient bientôt un abcès intarissable.

Ce tissu épidermique, de formation tout à fait pathologique, montre à l'examen microscopique, comme principal élément, des cellules d'épiderme à tous les degrés possibles de formation et d'altération. On y rencontre ces éléments caractéristiques du cancroïde que nous avons décrits sous le nom de *globes concentriques d'épiderme*, et dont on ne peut bien reconnaître au microscope la nature cellulaire et épidermique qu'à l'aide de l'acide acétique.

Tout autour du cancroïde épidermique de certaines régions, de la lèvre inférieure, de la verge et de la vulve surtout, l'hypertrophie s'étend au loin d'une manière diffuse; de là la facilité des récidives si les opérations n'ont point été pratiquées dans une étendue suffisamment grande.

Lorsque le cancroïde est superficiellement ulcéré avec hypertrophie notable de la couche papillaire, les croûtes, qui sont toujours composées d'un mélange d'épiderme, de pus et de matière sébacée, peuvent affecter la forme de cornes. Elles offrent alors une surface externe assez lisse, et représentent par leur surface interne et adhérente l'empreinte des éminences papillaires sous-jacentes.

La surface de l'ulcère, abstraction faite des croûtes, montre également les éléments du pus et de l'épiderme en diverses proportions; elle est souvent aussi recouverte d'une couche pseudo-membraneuse. Nous avons constaté plusieurs fois l'existence d'infusoires à la surface de ces ulcères.

Les détails que nous venons d'exposer, ressortent davantage dans tout ce qu'ils offrent de caratéristique, si on leur oppose en parallèle un résumé succinct de la structure du véritable cancer cutané, telle qu'elle ressort de l'analyse de vingt de nos observations sur ce sujet.

Le cancer de la peau se compose d'une trame fibreuse ou fibroïde, qui renferme dans ses mailles et interstices une substance molle infiltrée abondamment d'un suc trouble et lactescent. Ce suc est ordinairement d'un blanc jaunâtre, ou couleur sépia si le cancer est mélanique, ce que nous n'avons jamais constaté dans les cancroïdes. Les éléments épidermiques, papillaires et glandulaires de la peau, subissent quelquefois à la superficie du cancer cutané un travail hypertrophique ; mais les caractères que nous venons d'indiquer se retrouveront toujours dans les lames plus profondes.

Autour d'une tumeur cancéreuse primitive, d'autres tumeurs semblables ne tardent pas à se développer et à se trouver disséminées autour du foyer primitif. Son ulcération, qui survient bien plus tôt que celle du cancroïde, offre des bords durs et calleux, un fond sanieux dépourvu des saillies papillaires mentionnées plus haut, et une base de nature franchement cancéreuse.

Dans le cancer cutané le microscope montre (d'après l'analyse microscopique notée avec détail dans dix cas), comme base fibreuse, les fibres pâles et les fibres élastiques de la peau, tandis que toute la substance molle contenue dans ces mailles est composée de cellules cancéreuses des mieux caractérisées.

PREMIÈRE PARTIE.

FAITS PARTICULIERS.

Les observations de cancroïdes cutanés que nous allons exposer dans cette première partie offrent les types des différentes variétés de cette maladie multiple.

Ire OBSERVATION.

Femme de soixante-dix ans; à cinquante ans petite tumeur à la face; extirpation puis récidive locale, avec ulcère rongeant. A soixante-dix ans, deux applications de pâte arsenicale; cicatrisation complète de l'ulcère. Santé générale intacte pendant toute la maladie.

La femme Tina, âgée de soixante-dix ans, née à Paris, blanchisseuse, entre à l'hospice de la Salpêtrière, le 13 novembre 1846. Elle a perdu son père à l'âge de soixante-huit ans, d'une maladie des voies urinaires, et sa mère à l'âge de trente et un ans, d'une maladie aiguë. Ses grands parents sont morts très-âgés. Absence d'hérédité cancéreuse. Elle a perdu un frère et une sœur en bas âge, et un autre frère à l'âge de cinquante ans, atteint, d'après les renseignements donnés, de phthisie pulmonaire.

Dans son enfance, elle a eu la petite vérole, la rougeole et plusieurs engorgements glandulaires du cou. Bien portante d'ailleurs jusqu'à dix-sept ans, elle a eu alors un ictère pendant six mois, puis elle resta faible en présentant les symptômes de la chlorose.

Elle n'a été réglée qu'à dix-huit ans, et le fut dès lors régulièrement, à part une suspension momentanée de deux mois, par suite d'une frayeur à dix-huit ans. Les règles ont définitivement cessé à quarante-quatre ans, sans accidents. Elle n'a eu qu'un enfant à trente-deux ans, et depuis sa grossesse, elle a été affectée, aux jambes, de varices qui se sont deux fois ulcérées momentanément. Elle a été sujette à des douleurs rhumatismales, surtout au lumbago, mais jamais de manière à interrompre ses occupations. Enfin à l'âge de cinquante-huit ans, il lui est survenu un catarrhe pulmonaire qui a duré trois mois.

La maladie de la face pour laquelle elle a été reçue à la Salpêtrière remonte à l'âge de cinquante ans. Elle débuta par un petit bouton du volume d'une lentille, au-dessus de l'aile gauche du nez, bouton qui fut quelquefois le siége de picotements et de démangeaisons. Malgré des attouchements irritants et des piqûres volontaires, le mal n'augmenta que lentement. A l'époque où elle fut traitée à l'Hôtel-Dieu pour son catarrhe pulmonaire, huit ans après, la petite tumeur avait le volume d'une pièce de cinq sous. Elle était saillante, superficiellement ulcérée; et une croûte sèche d'un jaune brunâtre recouvrait habituellement le petit ulcère.

Cette petite tumeur fut extirpée à l'Hôtel-Dieu. On en fit l'excision avec le bistouri, et l'on réunit la plaie par la suture; la guérison se fit par première intention. Pendant un an la malade se croyait guérie; mais au bout de ce temps, une petite tumeur, semblable à la première, se développa dans la cicatrice et, un an plus tard, elle avait acquis les mêmes dimensions que la première tumeur. Après avoir continué pendant quelque temps encore à s'accroître, elle finit par s'ulcérer, et l'ulcère, cette fois, faisant bientôt disparaître la tumeur tout entière,

s'étendit peu à peu, à partir de la base de l'aile du nez du côté gauche, en haut vers la paupière inférieure, et latéralement du côté de la joue. La suppuration n'était pas très abondante, et, à part les démangeaisons et les picotements, les douleurs n'étaient point vives; seulement de loin en loin elles étaient assez fortes pour empêcher la malade de dormir; parfois il y eut de petites hémorrhagies à la surface de l'ulcère qui, du reste, fit des progrès très-lents. Sa santé générale n'a jamais éprouvé la moindre atteinte par suite de ce mal local. Beaucoup de moyens différents ont été conseillés par des médecins et par des empiriques, sans jamais exercer la moindre action favorable sur l'ulcère. C'est dans cet état que la malade fut reçue le 31 août 1846 à l'hospice de la Salpêtrière, où elle était envoyée comme incurable. Elle s'y trouvait depuis plus de deux mois dans la division des incurables, lorsque M. Manec la fit entrer à l'infirmerie, le 15 novembre 1846 (salle Sainte-Anne, nº 12).

Peu de jours après son entrée, la malade avait été prise d'un érysipèle de la face dont elle se rétablit sans qu'il eût exercé d'influence sur l'aspect et les dimensions de l'ulcère, et elle était restée pendant tout l'hiver dans cette salle, sans traitement. C'est le 3 avril qu'on lui fit la première application de la pâte arsenicale (1). Elle fut appliquée sur la moitié inférieure seulement de l'ulcère et recouverte ensuite d'un morceau d'amadou. En bornant ainsi l'étendue de cette application, on est à l'abri des accidents d'un empoisonnement qui serait à redouter par l'emploi de la pâte arsenicale sur une trop grande surface. Comme je n'ai pris l'observation de la

(1) Celle dont se sert M. Manec est composée de deux parties d'arsenic blanc, de cinq parties d'éponge calcinée et de dix parties de cinabre. Ce mélange est délayé avec un peu d'eau pour donner à la poudre la consistance d'une pâte molle.

malade qu'au moment où la guérison était sur le point de s'achever, je ne puis donner qu'un résumé succinct des symptômes qui accompagnèrent l'emploi de ce remède.

Le jour même de cette première application, les douleurs commencèrent à être assez vives, et il survint un gonflement de la face prenant son point de départ dans les bords de l'ulcère et s'étendant peu à peu à toute la figure; pendant la première nuit les souffrances furent assez vives pour empêcher tout sommeil. Comme les symptômes locaux de l'action de la pâte arsenicale ont quelque ressemblance avec ceux de l'érysipèle, j'ai profité de l'occasion pour questionner la malade sur l'intensité comparative des douleurs produites par l'érysipèle et de celles consécutives à l'action de la pâte. La malade indique les douleurs de l'érysipèle comme peu intenses, lui ayant plutôt donné la sensation d'une forte tension, beaucoup de malaises, de l'assoupissement et une impression analogue à celle de l'ivresse; tandis qu'elle décrit, dans des termes bien plus énergiques, les souffrances produites par le caustique. Les douleurs étaient très vives, tantôt brûlantes, tantôt lancinantes, comme si on lui donnait des coups de canif. Elle frappait des mains, dit-elle, et elle avait beaucoup de peine à s'empêcher de pousser des cris. Pendant quatre à cinq jours, l'enflure augmenta, puis elle diminua, et au bout de dix jours elle avait à peu près disparu. Les douleurs ont été assez fortes pendant neuf jours pour la priver de sommeil, et ce n'est que vers le dixième qu'elles ont notablement diminué, en même temps que la suppuration a commencé à s'établir. En fait de troubles des organes de la digestion, la malade a seulement éprouvé des nausées le lendemain de l'application; mais, ensuite, l'estomac est revenu à ses fonctions normales, et elle n'a point eu de diarrhée.

Au bout de dix-sept jours, une partie de la première escarre est tombée, et c'est alors qu'on fit une nouvelle application de la pâte arsenicale sur le reste de l'ulcère qui n'avait point encore été touché. Les symptômes ont été les mêmes qu'après la première application. Ce n'est que vers la fin de mai, que toute l'escarre s'est détachée. Il s'était établi une suppuration abondante, et la plaie, que j'ai souvent vue depuis cette époque, avait un bon aspect, son fond étant couvert de bourgeons charnus de couleur vermeille. Comme l'ulcère avait presque pénétré jusqu'à l'os, il se fit une exfoliation de deux petites esquilles, dont l'une se détacha pendant les premiers jours de juin, et l'autre huit jours plus tard; les fragments osseux étaient irréguliers, minces, de trois à quatre millimètres carrés d'étendue. Ces petits séquestres une fois détachés, la guérison ne se fit pas longtemps attendre, et dans ce moment (28 juin 1847) la cicatrisation est à peu près complète.

État actuel : la malade est d'une forte constitution, elle n'est nullement affaiblie par l'âge. Son intelligence et sa mémoire sont ordinaires. Sa physionomie n'offre rien de remarquable; son teint est bon; ses cheveux et ses sourcils sont gris, ses yeux bruns, ses lèvres assez colorées. Relativement aux conditions hygiéniques dans lesquelles elle a vécu, elle nous apprend que sa chambre était habituellement humide, ce à quoi elle attribue les douleurs de rhumatisme auxquelles elle a été sujette depuis longtemps, et que sa nourriture a toujours été suffisante; elle n'a point subi de privations, ni fait d'excès.

L'état général des fonctions est excellent. L'ulcère de la figure, complétement cicatrisé, est encore par places recouvert de croûtes minces d'épiderme de couleur blanche ou légèrement jaunâtre. La cicatrice est intimement adhérente à l'os. En haut, elle s'étend jusqu'au

rebord inférieur de l'orbite; en dedans, elle occupe la base du nez; et en dehors, elle s'étend d'environ 15 millimètres de largeur sur 9 de hauteur; en bas, elle est située assez près de l'aile du nez qui, par le retrait de la cicatrice, se trouve de ce côté relevée d'environ 8 millimètres audessus du niveau de l'opposée; elle n'y éprouve ni douleurs spontanées, ni au toucher. N'oublions pas de noter que la paupière inférieure n'est nullement tiraillée en bas par la cicatrice, et qu'il n'existe aucun engorgement glandulaire ni à la figure ni au cou. Les varices des jambes ne sont pas bien considérables; il n'y existe plus ni engorgement ni ulcère; seulement la peau, d'un rouge brun et parsemée de cicatrices à la partie inférieure des deux jambes, y présente les traces d'anciens ulcères et les altérations particulières que subit la peau dans leur voisinage.

La malade n'a point eu de récidive et n'est pas retournée à l'infirmerie. Ayant pris des renseignements dernièrement (1851) pour savoir ce qu'elle était devenue, je n'ai pas pu avoir de ses nouvelles; comme plus d'un cinquième de la population de la Salpêtrière a succombé au choléra, il est probable qu'elle aura été une des victimes.

Réflexions.

Lorsqu'on connaît la marche du véritable cancer, il est impossible de ne pas être frappé de la différence qui existe entre les phénomènes cliniques observés dans le cas actuel et ceux que l'on constate journellement dans les tumeurs vraiment carcinomateuses. A l'âge de cinquante ans, une petite tumeur apparaît à la figure; ce n'est que par suite d'attouchements irritants fréquents qu'elle augmente de volume, mais assez lentement pour n'atteindre, dans l'espace de huit ans, que la largeur

d'une pièce de cinq sous. A ce moment l'extirpation est pratiquée; mais au bout d'un an il y a récidive. Comme dans tous les cas de cancroïde, cette récidive est toute locale, elle a lieu sur la place même qui a été primitivement atteinte. Il est très probable qu'on n'avait pas fait une extirpation complète. Depuis ce moment, et dans un espace de temps de plus de dix ans, le mal récidive, fait des progrès et se transforme peu à peu en ulcère rongeant, mais il reste tout à fait local et ses progrès sont assez lents pour que, après une durée aussi longue, deux applications successives de pâte arsenicale suffisent pour en obtenir la cicatrisation complète.

Bien que le mal ait eu une durée totale de vingt ans, aucun engorgement glandulaire n'est survenu dans son voisinage, aucune tumeur secondaire ne s'est développée, et l'état général est resté tout à fait satisfaisant.

Ce fait est intéressant encore sous ce rapport qu'il démontre que l'ulcère chancreux du visage avait eu pour origine, dans ce cas, une tumeur saillante, et que la récidive a débuté aussi par une nouvelle petite tumeur semblable.

L'insuccès d'une extirpation superficielle et le succès complet de l'application énergique de la pâte arsenicale s'expliquent encore parfaitement bien par la structure de cette tumeur. Comme l'affection dans le principe tire son origine d'une hypertrophie des papilles du derme, il faut détruire la base qui les supporte, et même les portions circonvoisines de la peau; sans cela, le mal revient fatalement, parce qu'on a laissé le germe d'où résulte la continuation du mal primitif.

IIe OBSERVATION.

Femme de quarante-trois ans, atteinte depuis sept ans de tumeurs multiples à la face et au cou; insuccès de traitements divers; applications successives de pâte arsenicale sur les tumeurs; guérison.

La femme Farineau, âgée de quarante-trois ans, cuisinière, née à Beaufort, département de Maine-et-Loire, célibataire, est à Paris depuis 1841. Elle est entrée à l'hospice de la Salpêtrière le 12 août 1846, et s'y trouve salle Sainte-Anne, n° 14, division de M. Manec. C'est là que je l'ai observée pendant tout l'été de 1847.

Sa mère est morte à quarante-trois ans, à la suite de vomissements de sang qu'elle avait eus de temps en temps pendant six ans; elle ne toussait point. Toutefois il est impossible de préciser la nature de la maladie dont ces hémorrhagies étaient un des symptômes. Le père de la malade est mort à cinquante-six ans, après cinq jours de maladie. Les autres ascendants sont morts très âgés. La malade a encore quatre frères, dont trois bien portants; le quatrième, depuis neuf ans sujet à de fréquents catarrhes pulmonaires, a la respiration habituellement courte, ce que la malade attribue à son état de marchand de filasse. Cette femme n'a point été mariée, et n'a jamais eu ni enfants ni fausses couches; elle a été réglée à quinze ans, et toujours assez bien jusque il y a deux ans, époque à laquelle elle a cessé de l'être. Elle n'a point été vaccinée. Pendant son enfance elle était bien portante; elle eut pourtant la rougeole et la petite vérole, sans autres maladies aiguës ou chroniques. Sa santé a été bonne ensuite; mais à l'âge de vingt-six à vingt-sept ans, elle eut des fluxions qui cédèrent toujours à l'emploi des topiques émollients. Enfin à l'âge de trente-deux ans, elle eut une affection intestinale grave, qui ne dura

pourtant que quinze jours, et n'eut aucune suite fâcheuse.

Elle a toujours eu une nourriture saine et suffisante et un logement salubre.

Elle fait remonter le début de sa maladie actuelle à l'âge de trente-six ans. Elle s'aperçut alors qu'elle portait des taches au front et sur le côté gauche du cou, taches du diamètre d'une lentille et d'une teinte rouge pâle. Elle affirme que cette nuance était plus vive chaque fois qu'elle avait ses règles. Peu à peu ces taches devinrent saillantes, sans l'incommoder; mais comme elle s'en voyait défigurée, elle consulta successivement plusieurs médecins qui prescrivirent des lotions avec de l'eau de son, des bains tièdes, et à l'intérieur : d'abord du sirop antiscorbutique et ensuite du sirop de fumeterre (1). Les deux premières taches, qui plus tard devinrent des petites tumeurs saillantes, se montrèrent, l'une au front et l'autre sur le côté gauche du cou; la troisième apparut dix-huit mois plus tard au menton, et une quatrième après quelques mois, près de l'angle externe de l'œil gauche. Ensuite un grand nombre de taches suivies de petites tumeurs semblables aux premières se sont successivement montrées au front, à la tempe et au cou. Voyant que son mal augmentait, malgré les divers traitements mis en usage, parmi lesquels nous citerons une cure de bains de mer assez prolongée, elle vint à Paris, pour se faire traiter à l'hôpital Saint-Louis, où elle passa dans quatre services différents. On prit successivement son mal, d'abord pour une affection syphilitique, ce qui fâcha fort la malade, car elle affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes; ensuite pour un lupus simple, puis tuberculeux, et enfin pour un *noli me tangere.*

(1) On ne s'étonnera pas que la malade, douée d'une fort bonne mémoire, pût retenir ces mots, lorsqu'on verra plus tard qu'elle sut se rappeler tous les noms que les médecins qui la traitèrent à l'hôpital Saint-Louis donnaient à sa maladie.

Elle fut successivement traitée alors par l'iodure de potassium, le sirop antiscorbutique, l'huile de foie de morue à hautes doses, et enfin l'iodure de fer. La cautérisation des deux tumeurs du front les fit disparaître; à cela seul se borna l'amélioration obtenue. Sortie de l'hôpital Saint-Louis, elle tomba entre les mains d'un charlatan qui, pendant huit mois, la traita sans résultat satisfaisant. Ayant appris à cette époque que M. Manec avait guéri des maladies semblables, elle vint le consulter à la Salpêtrière au mois de juillet 1846, et entra à l'infirmerie le 12 août suivant.

A son entrée, elle portait deux tumeurs du côté gauche du cou, dont l'une, du volume d'une petite noix, était ulcérée ; l'autre, moins volumineuse, était intacte à sa surface ; une troisième se trouvait à l'angle externe de l'œil gauche, ayant le volume d'une grosse fève ; une quatrième, vers l'angle interne, était ulcérée et large comme une pièce de deux francs; une cinquième à la tempe droite; enfin une sixième, au menton, du volume d'une pièce d'un franc, était couverte d'une croûte et assez proéminente. Avant de soumettre la malade à un traitement local, M. Manec lui fit prendre pendant trois mois du sirop de Cuisinier.

Le 10 décembre 1846, une première application du caustique fut faite sur la tumeur du côté gauche du cou; avant l'opération, elle avait le volume d'une pièce de deux francs, était saillante et ulcérée et recouverte d'une croûte brune. A part les démangeaisons, la malade ne souffrait pas. Pendant deux jours, après l'application du caustique, les douleurs étaient tolérables ; mais le troisième jour elles augmentèrent beaucoup, et tout le côté gauche du cou enfla de plus en plus. Depuis lors, les douleurs ont été très vives pendant cinq à six jours ; ensuite, pendant quatre jours, elles furent un peu moins vives et moins continues, et lui permirent de dormir par

moments. A partir du dixième jour, les douleurs ont diminué notablement et le gonflement avait alors presque complétement disparu. Le cinquième et le sixième jour après l'application, elle eut une assez forte diarrhée. Au bout de neuf jours l'escarre tomba, laissant à nu un ulcère creux qui, pansé simplement avec du cérat, n'était complétement cicatrisé que vers la fin de mars, environ trois mois et demi après l'application du caustique. Depuis le seizième jour, les souffrances furent à peu près nulles.

La seconde application fut faite, vers la fin de décembre, sur une tumeur saillante placée du côté droit du cou, à un travers de main au-dessous de l'oreille droite. La plaque de caustique était large comme une pièce d'un franc. La marche des symptômes qui suivirent la cautérisation fut la même que la première fois.

Une troisième application eut lieu le 3 avril, sur la tumeur voisine du coin de l'œil. Elle était ulcérée, large comme une pièce de deux francs, et s'étendait jusqu'au nez. La pâte ne fut mise d'abord que sur sa partie supérieure, et le 6 mai, sur sa moitié inférieure. La première moitié s'était cicatrisée dès le commencement de juin.

La dernière application fut faite le 17 juin. Nous avons pu la suivre de près, et nous dirons plus loin tout ce qui s'est passé depuis lors.

La malade a toute l'apparence d'une forte et vigoureuse constitution ; elle est douée d'une intelligence ordinaire et d'un jugement médiocre, mais d'une mémoire bien au-dessus de la moyenne. Son front est assez large, ses cheveux et sourcils sont châtains et grisonnants, ses yeux bleus, ses traits gros, son teint brun. L'aspect de la face est déformé par la maladie ; le menton rond, les lèvres larges et épaisses, la bouche grande. Cette femme est d'une taille ordinaire, d'un embonpoint moyen, d'une charpente osseuse et musculaire forte.

Sur le front, nombreuses petites plaques rouges et saillantes d'une étendue variable, entre 2 à 3 et 7 à 8 millimètres, et faisant une légère saillie au-dessus du niveau de la peau, qui est saine au pourtour. Ces plaques sont d'une consistance élastique et d'une teinte rougeâtre; l'épiderme qui les recouvre est rugueux et écailleux, sans inflammation à leur base. On compte sur le front une quinzaine de ces tumeurs. A la tempe droite, on en voit une, du volume d'une pièce d'un franc, faisant saillie de 4 à 5 millimètres. Son épiderme est par places soulevé par un peu de sérosité limpide, et le reste de sa surface est recouvert d'une croûte brunâtre qui, détachée, montre sur sa face adhérente plusieurs petites concavités remplies d'une exsudation purulente, et des groupes papillaires dans lesquels on reconnaît des papilles de la peau, hypertrophiées et vivement injectées, et dont un certain nombre est comme entouré d'un enduit épidermique commun. Sur le milieu du menton se trouve une plaque en tout semblable pour les dimensions, mais sur laquelle on reconnaît beaucoup mieux, à la loupe, les papilles nettement séparées. Nous dirons dès à présent que l'examen anatomique et microscopique de parcelles enlevées à ces tumeurs a mis hors de doute leur nature hypertrophique et papillaire.

Au-dessous de l'oreille droite se voit aussi une tumeur convexe du volume d'une noisette, rouge, molle, indolente, recouverte à son sommet d'une croûte mince d'épiderme. La paupière inférieure gauche est tiraillée du côté du nez et légèrement renversée en dehors par suite de la cicatrisation de la place qu'occupait une des tumeurs. Sur le côté gauche du nez existe encore un ulcère, suite de la dernière application du caustique, de 8 millimètres de largeur sur 4 à 5 de hauteur. Tout le côté droit de l'aile du nez est occupé par une tumeur profondément ulcérée à forme irrégulière, de 12 milli-

mètres de longueur sur 7 à 8 de largeur et envoyant un petit prolongement de quelques millimètres d'étendue vers le milieu du dos du nez. Tout cet ulcère, débarrassé de sa croûte, montre un fond inégal, granuleux, papillaire et recouvert d'une couche d'exsudation purulente. Sur le côté gauche du cou se voit la cicatrice d'une de ces tumeurs détruite par le caustique.

Toutes les fonctions sont d'ailleurs régulières. Le pouls est à 72; l'appétit est bon, la digestion facile, le ventre indolent, et la respiration régulière. Il y a une selle tous les deux ou trois jours.

Le 17 juin, à neuf heures du matin, M. Manec fait en notre présence l'application de la pâte caustique arsenicale sur l'ulcère du cartilage droit du dos du nez. La croûte est détachée et la plaie nettoyée avec de la charpie trempée dans de l'eau fraîche. Ensuite la pâte est appliquée sur l'ulcère et recouverte d'un morceau d'amadou.

Voici ce qui se passa à la suite de cette application :

Le jour même de l'application du caustique, rien de particulier avant l'après-midi. Il survint alors quelques picotements, puis, vers cinq heures, des douleurs très vives qui ont persisté plus ou moins fortes avec des élancements et un malaise général, pendant dix jours; elles n'avaient totalement disparu que le 30. Pendant ces douleurs, le pouls a peu varié, de 84 à 88, et l'insomnie a été à peu près constante. Il est survenu, une heure environ après l'apparition des douleurs locales, un gonflement érysipélateux de la partie cautérisée, gonflement qui s'est étendu, pendant trois jours, du nez à la joue droite, aux deux paupières, et à la lèvre supérieure, et qui s'est accompagné d'élancements douloureux; il a diminué dès le 20 et avait entièrement cessé le 28. Les urines recueillies trois jours de suite et trois fois par vingt-quatre heures, furent examinées à l'appareil de

Marsh, et six heures après l'application de la pâte, elles contenaient déjà de l'arsenic mais en moindre quantité que douze et vingt heures après ; le même jour, au soir, la quantité d'arsenic avait diminué beaucoup, et le lendemain il n'en existait plus de traces dans l'urine. L'escarre de l'aile gauche du nez est enlevée le 28, et on trouve au-dessous un ulcère profond à bords taillés à pic (1).

Pendant ce temps, l'état général de la malade resta satisfaisant, à part un coryza qui avait débuté précédemment. De plus, le 23, six jours par conséquent après l'opération il survint une diarrhée qui ne dura que deux jours (2), et qui s'accompagna d'anorexie et, à son début, de céphalalgie et de courbature ; l'arsenic ne fut pas recherché dans les matières fécales.

Dans le courant de l'été, on attaqua successivement les autres tumeurs. Les phénomènes observés alors ont été les mêmes, si ce n'est que l'une de ces applications occasionna la chute d'une partie du cartilage droit du nez, au niveau d'une tumeur qui y avait son siége.

La malade est restée pendant vingt-un mois à l'infirmerie et on est parvenu à détruire successivement toutes les tumeurs. Cette guérison s'est si bien soutenue que, vers la fin de l'été de 1850, il n'y avait pas encore eu la moindre apparence de récidive. M. Roccas, qui était alors interne à l'hospice de la Salpêtrière, a eu la bonté d'examiner cette malade sur ma demande et de me donner sur son compte les renseignements suivants : La santé générale est restée tout à fait bonne, les tumeurs du cou ont complétement disparu et, à leur place, on

(1) Un des effets curieux de cette application de la pâte arsenicale a été que l'ulcère incomplétement cicatrisé du côté gauche du cou s'est de nouveau couvert d'une escarre noirâtre, quoique cette fois le caustique n'y ait pas été appliqué.

(2) Suivant la malade, il en était toujours ainsi après les précédentes applications du caustique.

trouve des cicatrices irrégulières. Au nez, le lobule droit a disparu; le gauche est déformé, et comme étranglé par un sillon transversal. Quelques petits boutons qui ont existé autour de l'œil droit ont guéri spontanément. La paupière inférieure a diminué par la cautérisation; il existe un ectropion de ce côté, et on voit une bride à l'angle interne, allant inférieurement jusqu'à la base du lobule; il existe enfin plusieurs cicatrices au front.

Réflexions.

La maladie dont nous venons de donner la description a été interprétée d'une manière diverse par les médecins qui l'ont observée. Les uns ont cru avoir affaire à des tubercules syphilitiques; les autres ont cru reconnaître un lupus tuberculeux. A la Salpêtrière, enfin, on a désigné la maladie sous le nom de tumeurs cancéreuses multiples. Ces divers diagnostics ne me paraissent point exacts. Quant à la cause syphilitique, elle est inadmissible. Sans attacher trop de valeur aux dénégations de la malade sur ce point, nous constatons l'absence de la succession ordinaire des symptômes d'une syphilis constitutionnelle et nous avons vu que le traitement antivénérien avait complétement échoué.

Le terme de lupus tuberculeux n'explique rien. Quant à la nature cancéreuse des tumeurs, tout concourt pour démontrer le néant d'une pareille supposition. La maladie remonte à plus de dix ans; pendant tout ce temps elle est restée bornée à la peau, aucun engorgement glandulaire, aucune altération générale de la santé n'est survenue, et toute la marche de la maladie prouve qu'on a eu affaire à un mal purement local, bien que multiple dans l'organe cutané affecté. La guérison solide et durable parle également en faveur de la nature cancroïde et non cancéreuse des tumeurs. Quant au résutat du traitement,

nous constatons qu'il a fait disparaître toutes les tumeurs; mais ici pourraient s'élever des contestations sur le choix de la méthode, vu que la pauvre malade a perdu la moitié du nez et en partie une des paupières inférieures. Toutefois, on peut dire en faveur de la destruction par le caustique que ces sortes de tumeurs, qui ont de l'analogie avec la kéloïde, récidivent ordinairement après la simple extirpation, et on peut ajouter que l'autoplastie, aujourd'hui très perfectionnée, est susceptible, en cas pareil, de restaurer les parties perdues par l'action trop profonde du caustique. Même sans ces ressources, la malade est heureuse de s'en tirer avec des difformités, car la marche progressive de sa maladie aurait entraîné de ces ulcères rongeants et envahissants qui constituent la terminaison la plus ordinaire des tumeurs cancroïdes abandonnées à elles-mêmes.

Nous avons décrit l'action immédiate du caustique. Nous avons vu qu'il provoquait des douleurs très vives pendant les premiers jours, un peu moins fortes ensuite, et très incommodes pendant au moins huit à dix jours. Une enflure comme érysipélateuse s'est développée également au début de son action, et a augmenté pendant quatre à cinq jours pour diminuer pendant autant de temps et pour disparaître à partir du neuvième jour. La suppuration s'est établie au bout de dix à douze jours; l'escarre est tombée au bout de quatre semaines, et la place occupée par la tumeur s'est alors transformée en ulcère simple et s'est cicatrisée après une suppuration plus ou moins prolongée, pendant laquelle le fond de l'ulcère s'est de plus en plus comblé par des bourgeons charnus de bonne nature. Déjà six heures après l'application, on a pu constater un commencement d'absorption arsenicale et même d'élimination, puisque l'appareil de Marsh en a démontré la présence dans les urines. Pendant quarante-huit heures, sa présence a été ainsi constatée.

Au bout de six à sept jours, la malade a eu de la diarrhée, comme après chaque application, et il ne serait pas impossible qu'alors une partie de l'arsenic eût été éliminée par les selles. Il reste deux ordres de recherches cliniques à faire, sous ce rapport : c'est d'examiner pendant dix à douze jours, après chaque application, les selles et les urines pour y chercher l'arsenic et le mercure, le cinabre existant en bien plus forte quantité encore dans la pâte que l'arsenic.

Cette maladie nous paraît avoir été d'une nature bénigne et avoir eu son siége dans la partie superficielle et papillaire du derme, les tumeurs étant constituées par une hypertrophie locale et circonscrite d'un certain nombre de papilles et de leur enduit épidermique.

IIIᵉ OBSERVATION.

Femme de soixante-treize ans atteinte pendant douze ans d'un ulcère cancroïde de la face; guérison par l'application de la pâte arsenicale en 1842, *sans récidive du mal local; mort par le choléra en* 1850.

La femme Parisse, âgée de soixante-treize ans, a toujours joui d'une bonne santé, à part la maladie locale dont nous allons parler. Douée d'une intelligence médiocre ou plutôt d'un affaiblissement des facultés intellectuelles par suite de l'âge, elle ne peut donner de renseignements sur la santé de sa famille.

Pendant son enfance la malade a eu plusieurs maladies aiguës dont elle ne peut bien rendre compte. Absence de scrofules et de toute trace de cette affection.

Réglée à l'âge de douze ans sans éprouver aucune altération dans sa santé, elle s'est mariée à l'âge de vingt-cinq ans, et elle a eu six enfants, le dernier dans sa

trente-sixième année. Depuis cette époque elle a cessé d'être menstruée.

Nous avons recueilli l'observation de cette malade dans l'été de 1847, M. Manec nous ayant appris qu'il l'avait guérie. La femme Parisse l'était complétement alors depuis plusieurs années. Quinze ans auparavant, elle s'était aperçue qu'elle portait une petite verrue du volume d'une lentille environ sur le milieu de l'aile droite du nez. Elle fit plusieurs tentatives pour arracher la petite tumeur, sans cependant y réussir ; et bien que ces attouchements ne fissent qu'irriter la verrue, elle ne les continua pas moins. Il en résulta que, du volume d'une petite lentille, la grosseur passa peu à peu à celui d'un pois, et commença à s'ulcérer à la surface. Une croûte très mince recouvrit d'abord une érosion tout à fait superficielle. Ne pouvant pas faire disparaître la tumeur, la malade arracha fréquemment ces croûtes, et malgré ces manœuvres, la marche du mal fut lente, mais l'ulcère devint plus profond. Il fit disparaître d'abord en totalité la petite tumeur qui lui avait servi de base, et il envahit ensuite une bonne partie de l'aile du nez, et s'étendit en haut vers la partie inférieure et interne de la paupière. Beaucoup de moyens furent alors tentés pour obtenir la cicatrisation, mais tout échoua, et un ulcère rongeant et envahissant s'établit sur une vaste surface entre la joue, la paupière inférieure et le côté droit du nez.

Après dix ans de durée de cette maladie qui affectait encore une marche progressive, la femme Parisse fut déclarée incurable par les médecins, et on obtint ainsi son admission à l'hospice de la Salpêtrière. C'est en 1842 qu'elle y entra. Placée d'abord à l'*Ange-Gardien* parmi les incurables, elle y passa quelques mois sans subir aucun traitement. Ce n'est que par hasard que M. Manec la vit et jugea son mal susceptible d'être guéri.

Envoyée alors à l'infirmerie, elle y resta six mois, pendant lesquels M. Manec détruisit successivement, avec sa pâte arsenicale, toutes les parties atteintes d'ulcération. Il n'appliqua à la fois son caustique que sur une étendue de 1 centimètre à 15 millimètres, en laissant au moins quinze jours d'intervalle entre deux applications. Je n'ai pas de notes exactes sur le nombre des cautérisations qui furent pratiquées, mais je crois me rappeler qu'elles furent au nombre de quatre ou cinq. Les souffrances, pendant la durée du traitement, furent assez vives, telles, du reste, que nous les avons décrites avec détail dans les précédentes observations. Pendant une de ces cautérisations, M. Manec rechercha la présence de l'arsenic dans les urines et il dit l'avoir retrouvé dès le premier jour, puis pendant huit jours consécutifs. La marche du traitement n'offrit d'ailleurs rien de particulier, mais le résultat fut on ne peut plus satisfaisant.

Lorsque j'ai examiné la malade en 1847, elle était guérie complétement depuis quatre ans. Une cicatrice de 4 centimètres de longueur sur 1 centimètre dans sa plus grande largeur, s'étendait de la paupière inférieure droite à la partie inférieure du nez de ce côté. La paupière, renversée en dehors, était le siége d'un ectropion qui, du reste, n'incommodait pas beaucoup la malade. La surface de la cicatrice était lisse, rougeâtre, légèrement ridée et froncée sur les bords. D'après ce que m'a dit M. Manec, cette cicatrice s'était notablement rétractée depuis l'opération. Aucune dureté n'existait autour de la cicatrice; aucun engorgement glandulaire ni à la figure ni au cou.

L'état général de la santé était on ne peut plus satisfaisant. Cette femme avait un embonpoint médiocre et aussi bonne mine que peuvent l'avoir les femmes de son âge. Elle avait bon appétit, des garde-robes régulières, ne toussait point, n'avait pas la respiration gênée, et

il fut facile, non seulement de constater l'absence de dépérissement et de toute infection cancéreuse, mais de se convaincre en même temps que sa santé était aussi bonne que son âge pouvait le comporter.

En 1850, M. Roccas a pu me procurer de nouveaux renseignements sur le sort de cette femme. Elle n'a point eu de récidive, et la cicatrice ne s'était même jamais érodée. En juin 1849, à l'époque où le choléra faisait tant de ravages à la Salpêtrière, notre malade a eu une attaque de choléra.

Réflexions.

Ce cas est un des exemples les plus instructifs pour la marche et la curabilité du cancroïde de la face. Une femme bien portante s'aperçoit à l'âge de cinquante-cinq ou de cinquante-six ans qu'elle porte une tumeur verruqueuse au nez ; elle fait des tentatives pour l'arracher et ne cesse de l'irriter par des attouchements irritants. La tumeur grandit et se transforme en ulcère. Ici nous avons un premier point intéressant à signaler, c'est une tumeur verruqueuse comme origine des ulcères même les plus étendus de la face. Nous ne prétendons pas que cette origine soit constante, mais bien certainement elle existe souvent là où la marche ultérieure de la maladie ne ferait point soupçonner ce point de départ. Nous avons sous les yeux une observation recueillie à la même époque à la Salpêtrière qui a trait à une femme de soixante-trois ans, atteinte d'un ulcère cancroïde des plus étendus de la face. Les deux yeux avaient disparu et étaient remplacés par des cavités rougeâtres, le nez était presque en totalité rongé par l'ulcère, il n'en existait que la pointe qui était racornie ; les bords de ce vaste ulcère, légèrement indurés, étaient parcourus par de petites veines saillantes. Eh bien ! cet ulcère si étendu avait

débuté quinze ans auparavant, sur le milieu du dos du nez par une petite tumeur saillante qui est devenue douloureuse, et qui s'est enflammée à la suite d'un coup qu'un enfant, qu'elle tenait dans ses bras, lui avait donné sur la tumeur. Pendant huit à neuf ans, une ulcération superficielle détruisit d'abord la petite tumeur, envahit ensuite son proche voisinage, et plus tard, lorsque le bord palpébral avait été atteint, la marche envahissante de l'ulcère fit successivement les ravages que nous avons signalés. Pendant les deux dernières années seulement, sa tumeur devint douloureuse et la suppuration abondante; la santé générale cependant est restée bonne.

Nous insistons de nouveau sur la marche de la maladie de la femme Parisse. Pendant dix ans, le mal fait des progrès incessants et pourtant il reste tout à fait local. Les médecins déclarent le mal incurable, on l'envoie à la Salpêtrière, et cependant M. Manec obtient une guérison complète qui ne se dément plus jusqu'à la mort, survenue sept ans plus tard. Tout concourt à prouver que pendant tout le temps que persista l'ulcère, il était un mal purement local et en aucune façon diathésique. Quant à sa malignité, nous avons vu qu'elle n'était que relative : elle existait pour les médecins qui n'avaient pu le guérir, tandis qu'elle disparaissait devant un traitement énergique et rationnel. C'est une nouvelle preuve que les termes de *bénignité* et de *malignité* sont impropres et capables plutôt de conduire à une regrettable confusion qu'à servir de principe de classification.

IVe OBSERVATION.

Femme de soixante-treize ans; cancroïde de la paupière inférieure dès l'âge de trente-sept ans; marche lente pendant quatorze ans, ulcération, accroissement végétant notable de la tumeur. Guérison complète et durable par la pâte arsenicale de M. Manec (1).

La femme Baivier, née Poitevin, se trouvait à la Salpêtrière, lorsque je l'ai examinée (14 mai 1847), dans la salle Sainte-Valère, n° 13, division des incurables. Elle était âgée de soixante-treize ans, née dans le département de la Charente-Inférieure, à Paris depuis vingt-six ans. Elle avait toujours été couturière.

Les renseignements qu'elle donne sur la santé de ses parents sont très incomplets. Elle n'a pas le souvenir d'avoir eu des maladies d'enfance. Les règles ont paru pour la première fois à l'âge de dix-sept ans, et ont cessé à cinquante-deux ans. Elle ne donne pas non plus de renseignements satisfaisants sur la manière dont la menstruation s'est établie. A l'âge de vingt-six et de vingt-sept ans, elle a eu plusieurs pertes utérines qui ont duré quelques jours, sans être fort abondantes; elles ne l'ont empêchée chaque fois, que pendant bien peu de jours, de vaquer à ses occupations habituelles. Mariée à vingt-trois ans, elle n'a eu ni enfants ni fausses couches. Interrogée avec soin sur l'existence antérieure de maladies vénériennes, elle ne donne à ce sujet que des renseignements négatifs, et il résulte de l'ensemble de l'interro-

(1) Nous ne pouvons donner cette observation que d'une manière incomplète. Comme dans le cas précédent, la malade ne se rappelait plus avec précision les antécédents de sa santé que pour ce qui avait rapport à son mal local. Aussi ce fait n'est-il que le résumé de l'interrogatoire soigneusement fait de cette femme, que je n'ai point observée avant sa guérison.

gatoire qu'en réalité la malade paraît avoir joui habituellement d'une bonne santé.

A l'âge de trente-six ans, la malade s'aperçut, pour la première fois, qu'elle portait un petit bouton, une espèce de poireau à la paupière inférieure gauche. Ce bouton, qui faisait saillie au-dessus de la peau, ressemblait, d'après la malade, à une verrue; seulement, dit-elle, il était plus rouge que les verrues ordinaires. Comme elle n'en souffrait pas, elle ne s'en préoccupa point autrement, et n'y toucha guère. Aussi pendant quatorze ans la marche de la petite tumeur était très lente, et au bout de ce temps, elle n'avait encore acquis que le volume d'une lentille. C'est à cette époque qu'elle augmenta un peu, ce qui engagea la malade à la faire cautériser. Il s'ensuivit que la petite tumeur s'ulcéra, mais superficiellement; l'érosion était habituellement recouverte d'une croûte sèche. Au total, la malade n'en éprouvait pas grande gêne; ce n'est qu'après la cessation des menstrues, depuis sa cinquante-troisième année, que l'accroissement de la tumeur fut plus sensible, et encore la marche était tellement lente, que la malade arriva à soixante-cinq ans, sans éprouver vraiment ni gêne ni douleur par cette tumeur.

Entre l'âge de soixante-cinq et soixante-dix ans, celle-ci devint beaucoup plus volumineuse, et des végétations multiples, verruqueuses et papillaires, non seulement envahissent la paupière inférieure en totalité, mais finissent par recouvrir toute la région de l'œil qui en fut complétement caché. Cette masse n'était que partiellement ulcérée et recouverte dans ces endroits de croûtes jaunes et minces. Les détails que nous avons sur cette malade nous ont été fournis en partie par M. Manec, en partie par la malade, et complétés par le portrait de la malade que cet habile chirurgien fit faire avant d'entreprendre l'opération.

A l'âge de soixante-dix ans, la malade, atteinte de ce cancroïde si étendu, alla consulter M. Lisfranc, qui ne voulut entreprendre aucun traitement et l'envoya comme incurable à la Salpêtrière. C'est là que M. Manec jugea son mal susceptible d'une guérison complète, et commença le traitement au mois de juillet 1844. Trois applications de pâte arsenicale furent faites sur la tumeur, à dix jours de distance les unes des autres. Pendant tout ce temps, la malade souffrit beaucoup de l'action du caustique. Au bout de deux mois, le mal avait déjà en majeure partie disparu, et à sa place il n'y avait plus qu'une profonde ulcération, résultant de l'application des caustiques, et recouverte de bonnes granulations. Trois mois après le début du traitement, la cicatrisation était complète.

Depuis cette époque la malade s'est toujours parfaitement bien portée. La paupière inférieure est en majeure partie détruite; elle est le siége d'une cicatrice solide, mince, lisse et rose. L'œil de ce côté est conservé, mais la cornée est le siége d'un staphylôme opaque. Nulle part nous ne découvrons ni engorgement glandulaire, ni tumeur, ni rien qui indiquerait l'existence d'une affection cancéreuse.

J'ai pu suivre cette malade pendant quelque temps encore, et je puis affirmer que pendant quatre ans au moins la guérison ne s'est pas démentie.

Réflexions.

Nous avons ici encore sous les yeux un exemple fort curieux d'une affection cancroïde à marche extrêmement lente, et qui, après avoir existé pendant trente-quatre ans, était encore restée un mal simplement local. L'origine verruqueuse, ici encore, a été mise hors de doute. Ce n'est qu'après une durée de près de trente ans, que la

maladie prend un accroissement assez fort pour devenir un mal réellement inquiétant, et près de cinq ans se passent de nouveau sans que la malade réclame des secours sérieux. Elle s'adresse alors à un chirurgien qui certes ne reculait pas devant les opérations, et ici nous constatons de nouveau tout ce qu'il y a de fâcheux dans l'influence des fausses doctrines. Ce chirurgien, prenant le mal pour un cancer, le déclare incurable. On se résigne donc à laisser marcher la maladie qui, abandonnée à elle-même, envahit l'œil et toute la région palpébrale, en détruisant la vision. M. Manec visitant la salle des incurables pour y découvrir des malades susceptibles encore de guérison, voit cette femme, la fait entrer à l'infirmerie, la guérit; et au bout de plusieurs années encore, je constate la validité de ce succès.

De tels faits donnent le coup de grâce à la doctrine et aux principes de classification basés sur la nature bénigne ou maligne de ces maladies.

Ve OBSERVATION.

Homme de quarante-sept ans, atteint depuis six ans d'une tumeur de la paupière inférieure; irritation multipliée de la tumeur. Extirpation de la paupière tout entière; structure fibro-plastique et papillaire de la tumeur; guérison.

Un homme âgé de quarante-sept ans, d'une bonne constitution, ayant une figure rouge un peu bourgeonnée, a toujours joui d'une bonne santé. Il ne peut donner de renseignements précis sur les maladies de son enfance, et affirme n'avoir jamais eu de maladie qui l'ait obligé à garder le lit plusieurs jours de suite. Cet homme, d'une intelligence assez bornée, ne sait point donner de renseignements sur la santé de ses parents.

En 1841, six ans avant le moment où je l'ai observé

à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Velpeau, ce malade commença à s'apercevoir qu'il portait un petit bouton du volume d'une petite lentille sur le milieu de la paupière inférieure droite. Pendant trois ans, ce bouton ne lui fit aucun mal; cependant il augmenta de volume et atteignit peu à peu celui d'un petit pois. Inquiet alors de voir cette tumeur s'accroître, cet homme consulta un chirurgien qui, voyant la petite tumeur présenter une base assez étroite, la lia avec un fil de soie. Au bout de quelques jours la tumeur tomba, mais dès ce moment la base s'enflamma et devint le siége d'un suintement purulent habituel. Il y éprouva aussi à cette époque des élancements et des démangeaisons. Mais bientôt cette inflammation se calma, et à la place qu'avait occupée la tumeur, il se forma une croûte brune et mince qui se détachait de temps en temps, et que plus souvent encore le malade arrachait lui-même.

C'est alors que cet homme commença à s'inquiéter et consulta de nouveau. Un chirurgien lui fit à plusieurs reprises des cautérisations avec un crayon (probablement de nitrate d'argent). Cependant l'ulcère ne fit que s'agrandir et envahit peu à peu la paupière inférieure dans toute son étendue. Le malade nous fit de lui-même la remarque que chaque fois que la croûte était tombée, l'ulcère paraissait recouvert d'une quantité de petits boutons rouges et allongés (des papilles). Les souffrances étaient à peu près nulles; le malade avait cessé depuis longtemps tout attouchement irritant.

Lorsque cet homme entra dans le service de M. Velpeau, au mois de mars 1847, il présentait tous les signes généraux d'une bonne santé. En l'interrogeant sur ses principales fonctions, et en l'explorant avec soin, nous ne découvrîmes, en effet, en dehors du mal local, ni altérations locales, ni troubles fonctionnels.

Quant à la maladie de la paupière inférieure, nous

trouvâmes celle du côté droit tellement envahie par le cancroïde que, de toutes parts, soit du côté du rebord orbitaire, soit vers le bord palpébral, il restait à peine un liséré d'un millimètre de substance saine de la peau de la paupière. Tout le reste était recouvert d'une croûte d'un jaune brunâtre, légèrement rugueuse à la surface, mais passablement adhérente, de sorte que nous ne fîmes aucun effort pour l'enlever.

Après avoir constaté qu'il n'y avait pas de causes générales saisissables et que le mal n'était pas sous l'influence de la syphilis constitutionnelle, M. Velpeau se décida à en faire l'extirpation.

La tumeur, saisie avec une érigne, est soulevée et toute la paupière inférieure est enlevée au moyen d'une incision semi-lunaire qui en circonscrit la base. La plaie est recouverte de charpie que l'on fixe ensuite au moyen de bandelettes de diachylon. En peu de temps elle se couvre de bonnes granulations, et ne tarde pas à se cicatriser. M. Velpeau avait d'abord eu l'intention de remplacer la paupière au moyen de la blépharoplastie. Cependant la guérison eut lieu avec si peu de difformité que cette seconde opération ne parut point nécessaire. Au bout de six semaines, le malade quitta l'hôpital dans un état très satisfaisant. Nous n'avons pas pu le suivre ultérieurement, et nous ne pouvons par conséquent savoir jusqu'à quel point cette guérison s'est soutenue. Nous rapportons cette observation principalement à cause des détails remarquables de structure que nous a révélés l'examen de cette pièce, et que nous avons ultérieurement retrouvés les mêmes dans deux cas semblables de cancroïde de la paupière inférieure.

Description de la pièce enlevée par l'opération. — Nous enlevons d'abord la croûte qui adhère à la surface du cancroïde au moyen du pus desséché, qui, lorsqu'on exerce des tiraillements sur cette croûte, offre un aspect filamen-

teux avant de se rompre. Cette croûte a environ un millimètre d'épaisseur; elle est entièrement formée de pus et d'épiderme desséché. La conjonctive palpébrale n'est pas malade ; les glandes de Meïbomius, seules, paraissent un peu engorgées. Il est facile de se convaincre par la dissection que le mal ne dépasse point l'épaisseur du derme, dont les lames profondes mêmes sont saines ; nous dirons de suite ici que, ni à l'œil nu ni au microscope, nous n'y avons trouvé les éléments du cancer.

La surface du cancroïde, débarrassée de la croûte et du pus concrété, montre à l'œil nu et à la loupe une multitude de petites saillies cylindriques arrondies au bout, en forme de boudin, ayant de 1 à 2 millimètres de longueur sur un demi-millimètre de largeur. Elles ressemblent beaucoup aux papilles hypertrophiées de la peau que l'on trouve dans le cancroïde papillaire des autres régions; cependant elles sont plus molles et plus volumineuses. On voit des vaisseaux se ramifier jusqu'au sommet et dans quelques unes de ces papilles, soumises à l'examen microscopique, on peut reconnaître une petite veine, une artériole, et un réseau capillaire intermédiaire. La consistance de ces papilles est assez élastique ; cependant il n'est pas très difficile de les déchirer avec des aiguilles et de les écraser entre deux lames de verre.

En examinant cette substance avec de forts grossissements microscopiques, de 500 diamètres et au-delà, nous trouvons toute la substance composée de corps fusiformes très allongés de $0^{mm},02$ à $0^{mm},03$ de longueur, et offrant tout à fait les caractères des éléments fibro-plastiques, dont nous constatons aussi les noyaux caractéristiques allongés, elliptiques, de $0^{mm},012$ à $0^{mm},015$ de longueur sur $0^{mm},005$ de largeur, et renfermant un à deux nucléoles punctiformes. Dans quelques endroits, le tissu fibro-plastique est remplacé par des fibres nettes et distinctes. Nulle part ces petites tumeurs ne montrent

d'enduit épidermique à leur surface, et les feuillets d'épiderme qui se trouvent mêlés à la préparation proviennent de la couche épidermique superficielle.

Réflexions.

Ayant perdu de vue ce malade après l'opération, nous n'avons pas la prétention de citer ce fait comme un exemple de guérison bien complète de cancroïde. Toutefois la marche de la maladie montre des différences on ne peut plus marquées avec celle du vrai cancer.

Un bouton apparaît à la paupière. Pendant trois ans, il offre l'apparence d'une petite verrue, puis on fait une tentative imprudente et incomplète pour la faire disparaître, on y réussit incomplétement et la base de la tumeur s'enflamme. L'ulcération survient; pendant trois autres années de marche progressive, et après six ans de durée totale, ce mal reste encore localisé à la paupière inférieure, et n'a point dépassé l'épaisseur du derme; il occupe une surface du diamètre d'un centimètre à peine. On constate l'absence de tout engorgement glandulaire circonvoisin, l'absence de toute souffrance locale, enfin un état très satisfaisant de la santé générale.

Sous le rapport histologique, nous rencontrons ici un fait bien curieux et qui n'a pas été signalé jusqu'à ce jour par d'autres observateurs, savoir : l'existence d'une hypertrophie papillaire de la peau dans laquelle, au lieu de trouver, comme élément dominant, les cellules et les feuillets de l'épiderme, nous ne rencontrons que des éléments fibreux et fibro-plastiques. L'hypertrophie des papilles dans ce cas avait porté principalement sur l'élément central fibreux et dermatique, tandis qu'habituellement c'est l'élément périphérique et épidermique des papilles qui subit surtout ce travail hypertrophique. Dans trois cas de cancroïde papillaire de la paupière in-

férieure que j'ai eu occasion de disséquer, j'ai rencontré ces mêmes particularités de structure (1). Je suis à me demander s'il ne faut pas en chercher la cause dans une particularité d'anatomie normale, à savoir : si dans cette région, et dans d'autres peut-être aussi, l'élément fibreux des papilles n'est pas de beaucoup prédominant sur les éléments du fourreau épidermique ?

VIe OBSERVATION (2).

Cancroïde de la paupière ayant envahi l'œil et l'orbite, depuis l'âge de quarante-deux ans, chez un homme de soixante-neuf ans. — Plusieurs opérations successives; extirpation du globe de l'œil. État toujours local de la maladie.

Poilleux, Pierre, âgé de soixante-neuf ans, du Plessis, département de l'Oise, est encore doué actuellement des apparences d'une forte constitution. Il ne peut pas donner de renseignements sur la santé de ses parents. Il n'a pas connaissance que les membres de sa famille aient eu un mal semblable au sien. Quant à lui, sa santé a été généralement bonne ; il a eu, étant enfant, la rougeole et la petite vérole, mais il ne sait à quel âge. Absence de toute affection scrofuleuse. Entre quinze et seize ans, il a eu une fièvre typhoïde dont il a été rétabli au bout d'un mois. Depuis cette époque, il dit avoir été toujours bien portant et robuste. Il a été fabricant de toile pendant vingt-cinq ans, et bien que pendant ce temps il a

(1) J'ai observé en 1852 un mal en tout semblable, situé sur l'aile du nez.

(2) C'est à l'obligeance de M. le docteur Sichel que je dois d'avoir pu recueillir cette intéressante observation, et c'est lui qui m'a fourni tous les détails relatifs aux opérations qui ont été pratiquées. Je saisis cette occasion pour recommander l'important ouvrage, si riche de faits cliniques, que public M. le docteur Sichel, sous le titre d'*Iconographie ophthalmologique, ou description et figures coloriées des maladies de l'organe de la vue*, Paris, 1853 et 1854.

travaillé dans une espèce de cave, il n'a pas eu de maladie sérieuse. Absence de rhumatisme; nourriture toujours suffisante et logement sec, bien aéré, exposé au soleil pendant une partie de la journée.

A l'âge de quarante ans, il abandonna son état, mais déjà à cette époque il souffrait un peu des yeux; il avait souvent du larmoiement. Depuis l'âge de quarante ans, le malade n'a cependant point vécu dans l'oisiveté. Aidant son fils, auquel il avait cédé son métier, il s'est occupé aussi de travaux de culture.

A l'âge de quarante-deux ans, il a commencé à s'apercévoir qu'il portait sur la paupière inférieure droite un petit bouton ressemblant à une verrue, et dépassant à peine le volume d'une lentille. Il grattait souvent cette petite excroissance, qui par moment était le siége de démangeaisons. Au bout de peu de mois, la surface s'ulcéra, et des petites croûtes se formèrent et se renouvelèrent tous les sept à huit jours, sans compter que le malade les arrachait de temps en temps. La tumeur, située près de l'angle interne de l'œil, avait acquis au bout de six mois le volume d'un petit pois; son pourtour s'était un peu vascularisé; le malade dit qu'on voyait de petites veines tout autour. Le larmoiement était devenu plus fréquent, surtout lorsqu'il faisait du soleil ou du vent.

La petite tumeur a insensiblement grandi, et au bout de quatre ans environ, elle avait acquis le volume d'un gros pois. A cette époque, un oculiste ambulant la lui enleva avec le bistouri, et au bout de peu de jours la plaie était cicatrisée.

Dix-huit mois plus tard une récidive eut lieu sur place, et dans la cicatrice même il apparut un petit bouton en tout semblable au premier. Son accroissement fut encore lent, et quatre ans après l'extirpation, il n'avait encore atteint que le volume d'un petit pois, en s'étendant en haut vers le bord libre de l'œil. Peu à peu même,

elle se rapprocha du globe de l'œil et contracta quelques adhérences avec la surface de cet organe. La durée totale de la maladie avait été à cette époque de dix ans environ, et sa marche envahissante s'était surtout prononcée la cinquième année après la première extirpation.

Inquiet de la tournure que prenait sa maladie, Poilleux vint à Paris en 1834, pour consulter M. Sichel, qui jugea l'extirpation nécessaire. Voici ce que nous trouvons sur l'état du malade à cette époque, et sur l'opération qui a été pratiquée, dans les notes que M. Sichel a eu la bonté de nous communiquer.

« Une tumeur fongueuse, rouge, bilobée, partant de la paupière, s'étend sur toute la moitié interne de la conjonctive scléroticale, envahit la superficie de la cornée, et recouvre les trois quarts inférieurs de cette dernière membrane. En haut et en dedans, cette tumeur envoie un petit prolongement rougeâtre qui va se perdre insensiblement dans la conjonctive palpébrale supérieure. Ce prolongement, large environ d'une ligne, présente un aspect granulé ; en bas, la tumeur se propage jusqu'au tiers interne de la conjonctive palpébrale. Celle-ci est couverte de granulations semblables à celles qui caractérisent le fongus que nous venons de décrire, mais elles sont beaucoup plus aplaties. Au niveau du bord libre de la paupière, et en avant sur la peau même, on remarque un petit tubercule blanchâtre, assez dur. La tumeur tout entière semble formée par un tissu granulé et finement lobulé. Sa consistance est assez ferme ; elle paraît plutôt repliée sur la cornée que fortement adhérente à cette dernière membrane, autant que nous en pûmes juger à l'aspect des parties affectées. Nous saisîmes, continue M. Sichel, avec une pince, cette tumeur par son bord externe, et nous exerçâmes quelques tractions afin de la soulever de dessus la cornée ; mais il existait des adhérences très étendues. La tumeur avait des racines

dans les deux tiers inférieurs de la cornée. Le tissu fongueux fut déchiré, et le sang commença à couler. Nous ajouterons à ces caractères, que la partie de la cornée envahie par la tumeur est parfaitement saine ; on voit très bien la partie correspondante de l'ouverture pupillaire. Le malade distingue le nombre des doigts qui lui sont présentés. Poilleux n'a jamais éprouvé de douleurs, soit dans la tête, soit dans la tumeur elle-même. Celle-ci n'a jamais fourni d'hémorrhagie. Elle n'est le siége d'aucune sécrétion anormale, à moins que l'on ne considère comme telle une très petite quantité de mucus semblable à celui qui existe également à la surface de la conjonctive palpébrale inférieure. Ce malade sort de l'Hôtel-Dieu, où il a été soumis sans succès à la cautérisation pratiquée avec la créosote par M. Sanson.

» L'opération étant jugée indispensable, elle fut pratiquée le 14 avril 1834. Nous employâmes tour à tour la pince à érignes et la pince à griffes pour fixer la tumeur, mais celle-ci offrit si peu de résistance qu'elle céda à la plus légère traction. Le sang alors s'écoulait en nappe. Nous fûmes donc obligés de renoncer de fixer le fongus; nous employâmes le bistouri convexe, et nous fîmes porter l'instrument sur la tumeur aussi près que possible de ses adhérences avec la cornée et la sclérotique. A peine enlevée, nous cautérisâmes la plaie avec le nitrate d'argent. Il restait encore dans l'angle interne une petite partie de la tumeur présentant un peu de résistance. Nous l'enlevâmes d'un coup de ciseaux. Le bouton siégeant sur la conjonctive palpébrale inférieure fut également enlevé et profondément cautérisé. La conjonctive saine avait été intéressée au niveau de la partie inférieure et externe de la cornée, il s'écoulait par là une quantité assez considérable de sang fourni sans doute par une artériole. Cette hémorrhagie ne céda qu'à des cautérisations nombreuses.

» Le lendemain, la paupière supérieure est gonflée et

légèrement infiltrée; l'œil malade est douloureux, la plaie fournit en assez grande abondance un mucus puriforme, et en quelques points l'escarre est fongueuse. Quelques jours après, de nouveaux bourgeons repullulèrent et nécessitèrent une nouvelle ablation. On fit plusieurs cautérisations successives, une entre autres fut si profonde, que l'escarre pénétra la cornée dans toute son épaisseur, et il se forma là une procidence de l'iris. Le milieu de l'œil reprit, d'ailleurs, sa transparence, la vision devint nette, et de tout le mal il ne reste qu'un petit bourgeon fongueux, siégeant à la conjonctive scléroticale au voisinage de la partie inférieure et interne de la cornée. A côté de ce bourgeon, sous l'espace compris entre la partie interne et le grand angle de l'œil, existaient quelques granulations blanchâtres et demi-transparentes; deux granulations semblables siégeaient à l'union inférieure et externe de la cornée avec la sclérotique et une autre à la partie interne et supérieure de la même membrane.

» Le malade partit dans cet état. Nous pensâmes que l'emploi des cautérisations achèverait la guérison; nous les recommandâmes en insistant beaucoup sur leur nécessité; et, quelques mois après, nous apprîmes, par une lettre du malade lui-même, que la guérison était presque complète. Quatorze mois s'écoulèrent sans autres nouvelles. Alors Poilleux nous écrivit que l'affection s'était reproduite, et nous témoigna le désir de nous voir. Sur la réponse immédiate, il se rendit à Paris, et se présenta à notre clinique. Le fongus avait atteint un développement énorme. La surface antérieure de l'œil était couverte d'un tissu rouge, granulé, tout à fait semblable à celui que nous avions extirpé, avec cette seule différence qu'il était beaucoup plus élevé, plus épais, et que les granulations étaient plus larges, plus confluentes. Les tubercules de la paupière inférieure avaient un peu

augmenté de volume, et celle-ci d'épaisseur. Elle était comme érodée en quelques points et surtout à la base du tubercule le plus volumineux. Nous pensâmes que l'ablation de cette tumeur n'était plus suffisante, et nous procédâmes à l'extirpation de l'œil, le 28 septembre 1835, en présence du professeur de Walther, de Munich.

» Nous n'entrerons ici dans aucun détail du manuel opératoire : l'œil, le tissu cellulaire qui l'avoisine, la glande lacrymale et la paupière inférieure furent enlevés. Il ne se manifesta aucun accident, soit pendant, soit après l'opération, et ses suites ne nous laissèrent rien à désirer.

» Voici maintenant la description de la pièce pathologique : Le globe oculaire fut partagé en deux hémisphères, l'un antérieur, l'autre postérieur, et l'on reconnut que toutes les parties étaient dans un état parfaitement normal, sauf la procidence de l'iris, dont nous avons parlé, et la dégénérescence de la conjonctive ; la paupière inférieure était également malade. La tumeur fongueuse, aplatie, horizontalement oblongue, épaisse de trois à quatre lignes, recouvre la partie antérieure du globe dans l'étendue de neuf lignes en largeur et de six lignes en hauteur. Son bord supérieur est limité par le bord supérieur de la cornée, et le dépasse même un peu. Ce bord est inégal et comme lobulé, caractère qui appartient d'ailleurs à la tumeur tout entière. La base de celle-ci se confond avec la conjonctive cornéale, à laquelle elle adhère intimement. Sa couleur est jaunâtre, et semblable à celle du tissu morbide dont la paupière inférieure est le siége. Sa surface est inégale, bombée, couverte d'élévations, et sillonnée par des anfractuosités peu profondes. Son tissu, quoique devenu assez consistant sous l'influence de l'alcool dans lequel la pièce est restée plongée, se déchire cependant encore avec assez de facilité pour rappeler cette mollesse qui le caractérisait sur le vivant. La masse fongueuse s'unit inférieurement à la conjonctive

palpébrale dont la surface est le siége d'un tissu granulé, inégal et comme lobulé. L'affection ne s'étend pas en superficie au delà du bord libre de la paupière, la peau qui recouvre celle-ci paraît saine, mais au-dessous on retrouve ce tissu fibreux et comme lardacé. L'intérieur du fongus présente une masse lobulée et partout uniforme, entremêlée de fibres. »

Après cette opération si étendue, la guérison a été complète quant au mal local, et pendant douze ans, il n'y a point eu de récidive. La santé générale avait été bonne dans tout l'intervalle et elle l'est même restée depuis cette époque-là.

C'est en 1847, que le malade s'est aperçu qu'il avait de nouveau un petit bouton vers l'angle interne de l'œil. Plusieurs boutons semblables se sont successivement développés tout autour de l'orbite et dans la région des paupières, et peu à peu tout le pourtour de la cavité a été envahi par des végétations dures et saillantes sur lesquelles nous reviendrons tout à l'heure. A part quelques élancements passagers, que le malade compare à des coups d'épingles, il n'a pas souffert.

C'est en juin 1848 que ces masses ont commencé à s'ulcérer. Un suintement suppuratif s'est établi d'abord vers l'angle interne de l'œil, près du nez ; mais le pus se durcissait promptement en croûtes, qui tombaient de temps en temps pour se renouveler d'une manière incessante. Puis, à la fin de 1848, la suppuration et le travail ulcéreux ont atteint l'ancienne cicatrice de l'extirpation du globe de l'œil. Depuis cette époque la surface ulcérée a fourni de temps en temps de petites hémorrhagies (sept à huit gouttes de sang au plus à la fois), excitées tantôt par des attouchements, tantôt par des quintes de toux, et plusieurs fois par des efforts de garderobe. La suppuration du reste n'a jamais été abondante : ordinairement il ne portait point de pansement pendant

le jour; il garantissait seulement la région orbitaire du contact de l'air.

C'est depuis la fin de 1849 que le mal s'est plus notablement accru. Un bourgeonnement de petites tumeurs saillantes s'est opéré d'une manière plus considérable qu'auparavant tout autour de l'orbite. Des végétations dures, rosées ou d'un rouge plus vif, du volume d'un petit pois et au delà, confluentes ou isolées, se sont peu à peu développées, mais sans faire souffrir le malade. Celui-ci voyant son mal toujours faire des progrès, s'est décidé à revenir à Paris, pour consulter de nouveau M. Sichel. Il y est arrivé le 5 novembre 1850. A ce moment M. Sichel a eu l'obligeance de m'envoyer ce malade pour l'examiner. Il présentait autour de l'orbite et sur l'ancienne cicatrice des excroissances inégales, verruqueuses, avec les caractères que nous venons d'indiquer; elles n'étaient point sensibles au toucher. Il serait difficile de donner une idée exacte de l'ensemble de ces saillies et de ces anfractuosités. Leur consistance était dure; et leur siége dans le derme et à sa surface. J'enlevai avec des ciseaux courbes une des plus grandes végétations, pour m'éclairer sur la nature de ce tissu, et j'arrêtai l'écoulement du sang au moyen d'une serre-fine.

Voici la structure de cette petite tumeur qui présentait tous les caractères d'un cancroïde épidermique et papillaire. Une enveloppe commune d'épiderme d'un millimètre d'épaisseur environ entourait une agglomération de papilles hypertrophiées allongées, cylindriques, résistantes, et l'on pouvait voir avec un faible grossissement microscopique des vaisseaux se répandre dans chacune de ces papilles engorgées. Outre l'enveloppe épidermique commune de toute la petite tumeur, chaque papille était recouverte d'une espèce de fourreau également épidermique. Il fut facile de constater, en employant successivement des grossissements de plus en

plus forts, qu'il y avait là absence de tout élément cancéreux, et que toute la masse était composée d'éléments épidermiques et de ceux qui entrent à l'état normal dans la structure des papilles.

Le malade, nous l'avons dit, ne souffrait point, son état général était bon, ses forces n'avaient pas baissé, il était d'un embonpoint moyen qui, dans le cours de sa longue maladie, n'avait subi aucune atteinte. Aucun engorgement ganglionnaire n'avait existé à la figure ni au cou. Le périoste frontal, au-dessus de l'orbite malade, paraissait légèrement épaissi et formait un relief d'un millimètre environ au-dessus du niveau du côté opposé. La peau et le tissu cellulaire sous-cutané étant mobiles, on pouvait se convaincre que ce léger engorgement appartenait en réalité à la surface de l'os coronal. L'appétit, l'état des garderobes, celui des voies respiratoires et circulatoires n'offraient aucune altération. Le pouls est large, bien développé, à 84. La langue est habituellement couverte d'un léger enduit jaunâtre, mais qui a d'autant moins d'importance que le malade fûme beaucoup.

Le 14 novembre 1850, M. Sichel enleva avec le bistouri les végétations saillantes du pourtour de l'orbite, et, depuis lors, des cautérisations fréquemment répétées avec le nitrate d'argent ont cicatrisé en majeure partie l'ulcération, qui, à l'époque où je vis pour la dernière fois le malade, parut en pleine voie de guérison. Peu de temps après, le malade retourna chez lui dans un état très satisfaisant.

Réflexions.

L'observation, dont nous venons de rapporter les détails, est, sans contredit, une des plus capables de montrer toute la différence qui existe entre le cancer et le cancroïde. Nous voyons, en effet, un homme âgé de

soixante-neuf ans qui, depuis vingt-sept ans, est atteint d'une affection toute locale de la région orbitaire, débutant par un bouton sur la paupière inférieure qui, enlevé par une première opération, revient après l'extirpation. Une nouvelle tumeur envahit bientôt la région de l'œil, et, dix ans après le début de la maladie, elle nécessite l'extirpation du globe de l'œil à la surface duquel elle adhère. Pendant près de douze ans le malade reste guéri, et pendant ces dernières années il y a de nouveau une récidive, mais encore sur place autour de l'ancienne cicatrice, et après plusieurs années seulement le malade vient de nouveau réclamer les secours de la chirurgie. On constate cette fois, anatomiquement, la nature cancroïde et non cancéreuse de la maladie, et l'on peut vérifier que plus de vingt-six ans de durée de cette affection n'ont en aucune façon altéré l'état général de la santé.

Si nous comparons à cette marche celle du véritable cancer de l'œil dont nous avons, dans notre ouvrage sur les maladies cancéreuses, analysé vingt-trois observations, nous trouvons une différence des plus remarquables. Il est rare que la durée totale de cette dernière maladie dépasse trois ans. Non seulement les récidives suivent de près l'opération, mais la propagation locale du mal vers le cerveau et l'infection générale de l'économie tout entière, ne manquent pas de jeter le malade dans le marasme et de le faire succomber, la plupart du temps, après de vives souffrances. Que l'on relise les détails de ce chapitre de mon livre, et à chaque page on sera frappé de la différence fondamentale entre la maladie que je viens de décrire et le vrai cancer de l'œil et de la région orbitaire (1).

De nouveau nous voyons ici la confirmation de ce fait sur lequel nous avons tant de fois insisté, qu'aux diffé-

(1) *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables, confondues avec le cancer*, Paris, 1851, pag. 840 et suiv.

rences anatomiques marquées et constantes correspondent des différences cliniques non moins appréciables et non moins tranchées.

VIIe OBSERVATION.

Affection d'apparence cancéreuse du cuir chevelu; tumeurs enkystées au début, enflammées par violence extérieure; accroissement considérable longtemps après ; ulcération étendue, tumeurs multiples, hémorrhagies fréquentes, usure des os, dépérissement, coma, mort. Lésion tout à fait locale : glandules sébacées hypertrophiées (1).

La femme Rosalie Robin, âgée de soixante-huit ans, épuisée par de longues souffrances à l'époque de son entrée à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. Chassaignac, salle Sainte-Marthe, nº 1), paraît avoir joui autrefois d'une bonne constitution. Elle est d'une famille saine ; elle a eu elle-même plusieurs enfants qui vivent et sont bien portants.

A l'âge de vingt-cinq ans, cette femme s'aperçut qu'elle portait au sommet de la tête deux petites tumeurs de la grosseur d'une noisette, indolentes même au toucher, mobiles, molles, dégarnies de cheveux, présentant en un mot tous les caractères des loupes, si fréquentes dans cette région.

A quarante ans, ces tumeurs avaient à peine acquis le volume d'une noix, lorsque la femme Robin fut frappée à la tête par une branche de framboisier, dont une

(1) Cette observation a été recueillie par M. Rouget, interne des hôpitaux, et présentée à la Société de biologie en juillet 1850. La rareté de ce fait, son importance par rapport au sujet de ce travail, m'engagent à reproduire ici en entier l'observation de M. Rouget et à la faire suivre de réflexions, qui n'étaient au fond que le rapport que j'ai fait à cette occasion à la Société de biologie, tant sur le fait en lui-même que sur le résultat de mon examen anatomique et microscopique.

épine pénétra dans une des loupes. Cette ponction accidentelle donna issue à une matière d'un blanc crémeux, peu liquide, semblable à du fromage blanc, au dire de la malade. Les suites de ce léger accident étant négligées, la petite plaie ne se referma pas. La tumeur ne causait toujours aucune douleur, et la femme Robin n'y apportait d'autre soin que de la presser tous les jours et d'en faire sortir quelques parcelles de la matière athéromateuse dont nous avons parlé. La santé générale était du reste excellente.

Cette femme eut un enfant qu'elle nourrit elle-même. Quelques années après, les règles se supprimèrent sans causer d'autres accidents que quelques douleurs lombaires, et pendant dix ans encore la femme Robin continua à jouir d'une santé excellente. Les deux tumeurs toujours indolentes augmentaient lentement de volume : en trente années, elles avaient à peine atteint celui d'un œuf de poule.

A soixante ans, les choses étant déjà dans cet état, Rosalie Robin fait une chute de voiture et tombe sur le sommet de la tête précisément sur le point où étaient situées les deux tumeurs. Une hémorrhagie assez abondante a lieu. Quinze jours après, de vives douleurs, des élancements insupportables surviennent dans les tumeurs, qui s'accroissent rapidement et égalent bientôt le volume du poing. En même temps la petite plaie qui, depuis vingt ans, était restée stationnaire et avait à peine un demi-centimètre de diamètre, s'élargit rapidement. L'ulcération qui en résulte donne lieu presque tous les jours à un écoulement de sang très abondant. La suppuration est aussi très abondante et très fétide. La femme Robin se décide alors à consulter un médecin, qui lui conseille de ne rien tenter pour la guérison de sa maladie.

Cinq ans se passent, pendant lesquels la constitution de la femme Robin s'affaiblit lentement sous l'influence,

tant des hémorrhagies répétées que des élancements et des douleurs violentes, dont les tumeurs sont le siége.

A soixante-cinq ans, une nouvelle exacerbation a lieu dans la maladie. La tumeur recommence à croître et atteint bientôt un volume énorme. L'ulcération, de son côté, fait des progrès, mais plus en surface qu'en profondeur. Enfin, il y a deux ans, en 1848, deux tumeurs nouvelles apparaissent vers l'occiput. Dès le début, elles sont le siége de douleurs violentes; elles s'accroissent rapidement, acquièrent le volume du poing, et rejoignent bientôt la première tumeur, qui n'occupait que le sommet de la tête.

Au commencement de juillet 1850, lorsque la malade, alors âgée de soixante-huit ans, entre à l'hôpital, elle est dans un état d'épuisement profond. La face est d'un jaune de cire, bouffie, légèrement œdématiée, ainsi que les pieds et les mains. La femme Robin mange à peine; elle ne dort plus, tant les douleurs sont violentes. Ses forces sont épuisées; la respiration même se fait difficilement.

La région crânienne est surmontée d'une tumeur énorme qui s'évase vers le haut, et présente assez bien le volume et la forme d'une toque ou d'un turban.

La face supérieure de cette tumeur est largement ulcérée, inégale, bosselée, présentant çà et là des excavations et des anfractuosités. La surface de l'ulcération est d'un gris rougeâtre et saigne très facilement. Quant à la tumeur elle-même, elle est formée de plusieurs bosselures volumineuses, dont quelques unes sont le siége d'une véritable fluctuation.

Pendant le séjour de la malade à l'hôpital, deux hémorrhagies assez abondantes ont lieu par la surface ulcérée. La suppuration est excessivement abondante et très fétide. L'ulcération gagne de plus en plus en profondeur, et ses progrès sont encore accélérés par une

cautérisation avec le crayon de potasse caustique, pratiquée par M. Chassaignac. Les os eux-mêmes, détruits par les progrès de l'ulcération, laissent bientôt apercevoir la dure-mère à nu, et il est facile de constater les battements du cerveau.

Cependant les forces de la malade déclinent de jour en jour ; la respiration est de plus en plus gênée. Bientôt elle tombe dans un assoupissement continuel, et enfin succombe dans un état véritablement comateux.

L'autopsie a lieu le 26 *juillet*, trente-six heures après la mort.

Tous les viscères sont parfaitement sains, sauf le cerveau qui, dans le point correspondant au fond de l'ulcération, présente une teinte d'un gris verdâtre qui s'étend à toute l'épaisseur de la substance grise.

Les ovaires sont couverts de petits kystes séreux. Un petit corps fibreux, de la grosseur d'un grain de maïs, existe dans la paroi postérieure de l'utérus.

Examen de la tumeur. — Les cinq sixièmes de la tumeur ont disparu ; aux limites de la région qu'elle occupait, il existe seulement une espèce de couronne, constituée par ses débris. La voûte crânienne est presque entièrement à nu. Les os, recouverts seulement d'une couche mince de tissus malades, sont dénudés dans beaucoup de points. Leur surface est érodée, couverte de petites fossettes parcourues elles-mêmes par d'innombrables sillons vermiculaires. Au milieu, une large solution de continuité laisse apercevoir la dure-mère, recouverte en ce point de plaques d'un blanc grisâtre, épaisses à peu près d'un millimètre. A la région frontale existe encore une des bosselures de la masse primitive, présentant très nettement la fluctuation que nous avons signalée : c'est un kyste du volume d'un œuf.

entièrement rempli d'une substance gélatiniforme, aréolaire, semblable à de la matière colloïde.

Quant aux portions de la tumeur qui restent encore, ce n'est pas sans étonnement qu'au lieu de matière cancéreuse que l'on s'attendait à y rencontrer, on les trouve constituées par une substance d'aspect singulier; presque entièrement composée de petits grains blanchâtres, pour la plupart de la grosseur d'un grain de chènevis, beaucoup ont à peine le volume d'une tête d'épingle ; quelques uns égalent presque le volume d'une petite noisette. Ce sont de petits kystes logés dans une espèce de gangue amorphe, d'un blanc mat, sèche à la coupe et d'apparence peu vasculaire, à laquelle ils adhèrent si peu, qu'on peut les extraire très facilement avec la pointe du scalpel. On trouve de ces kystes dans toutes les portions de la tumeur et à tous les degrés de développement. Dans certains points, ils paraissent constituer toute la masse ; dans d'autres, ils sont épars au milieu d'une substance finement grenue. Quelques uns de ces petits kystes sont logés, comme dans une alvéole, dans de petites fossettes creusées à la surface des os.

La peau qui recouvre ces débris de tumeur paraît saine en grande partie ; elle est garnie de cheveux et n'adhère pas aux tissus malades, qui, au contraire, font en quelque sorte corps avec les couches subjacentes.

Les kystes renferment tous dans leur intérieur une matière demi liquide, d'apparence caséiforme, qui ne se dissout pas dans l'eau, mais s'y divise à l'infini.

L'examen microscopique nous montre cette matière constituée entièrement par des cellules épidermiques polygonales, en partie déformées et détruites ; mais en grattant les parois du kyste, on obtient de petites masses caséiformes plus consistantes, qui, traitées par l'acide acétique, se résolvent en cellules épidermiques entières et à noyau très évident. Nulle part je n'ai trouvé de cris-

taux de cholestérine. Les parois mêmes des petits kystes paraissent constituées, dans toute leur épaisseur, par des cellules épidermiques. Ces mêmes cellules paraissent être aussi l'élément constituant de la gangue où sont logés les kystes.

J'ai dit que, dans certains points de la tumeur où les kystes étaient moins nombreux, on voyait une substance finement grenue. Examinée à de faibles grossissements, cette substance paraît entièrement composée d'utricules glandulaires pédiculées et réunies en grappe. Il ne m'a pas été possible d'isoler, dans cette masse, le conduit excréteur commun. A de plus forts grossissements, ces utricules montrent, à travers une paroi enkystée, un contenu grenu de cellules probablement épidermiques. Enfin ces mêmes cellules constituent les plaques grisâtres qui recouvrent la face externe de la dure-mère dénudée.

Réflexions.

Nous voyons ici une femme arrivée à l'âge de soixante-huit ans, qui offre tous les signes d'une cachexie fort avancée et qui présente au cuir chevelu une vaste tumeur largement ulcérée au centre, au point que les battements du cerveau sont distinctement aperçus au fond de l'ulcère. Au premier abord, en faisant abstraction des antécédents et des résultats de l'examen anatomique, rien ne paraît plus légitime que de porter le diagnostic d'un cancer encéphaloïde ulcéré. Il n'en est rien cependant, et nous rencontrons ici un de ces cas fort instructifs qui démontrent la différence qui existe entre l'étude sérieuse de tous les caractères cliniques et autres d'un produit morbide, et cette pathologie des impressions qui, loin d'approfondir, base ses doctrines sur un examen souvent superficiel, sur des analogies trompeuses,

et qui a jeté tout ce qui a rapport au cancer dans une confusion inextricable. Depuis quelques années seulement, ces opinions commencent à faire place à des doctrines plus vraies, basées sur l'application des méthodes exactes dans l'observation clinique et les études microscopiques comme complément indispensable de l'étude anatomique.

Dans ce fait, la marche de la maladie montre déjà qu'il ne s'agit pas d'une affection carcinomateuse. L'autopsie cadavérique en fournit ensuite les preuves incontestables et nous conduit à compléter la détermination de sa véritable nature.

Pendant trente-cinq ans, cette femme porte des tumeurs enkystées au cuir chevelu, avec l'innocuité qui caractérise cette affection ; et pourtant, à l'âge de quarante ans, une épine de framboisier avait pénétré dans l'une des tumeurs, et depuis cette époque une fistule s'était établie, qui donnait issue à de la matière sébacée. A cette première violence extérieure s'y ajoute, à l'âge de soixante ans, une autre beaucoup plus grave. Elle fait une chute d'une voiture, tombe sur le sommet de la tête, et s'y fait une plaie assez considérable pour avoir une forte hémorrhagie ; les tumeurs sont meurtries et fortement contuses ; aussi s'accroissent-elles rapidement, deviennent-elles douloureuses, et la petite fistule de l'une d'elles, qui depuis vingt ans avait existé sans inconvénient, se transforme en ulcère. Cependant les accidents se calment jusqu'à un certain point, la santé générale reste assez bonne, et pendant cinq ans encore les tumeurs s'accroissent, l'ulcération fait des progrès incessants, des hémorrhagies fréquentes ont lieu, et pourtant la constitution ne subit que des altérations lentes et graduelles, qui s'expliquent parfaitement par le mal local. Ce n'est qu'à l'âge de soixante-cinq ans qu'une nouvelle exacerbation a lieu, et c'est pen-

dant les deux dernières années que de nombreuses tumeurs apparaissent sur divers points de la tête. L'ulcération, par ses progrès naturels, use dans une large étendue une partie des os de la tête ; la dure-mère en constitue bientôt le fond ; la surface du cerveau lui-même s'enflamme, ce qui hâte la mort de la malade. La suppuration abondante, les hémorrhagies fréquentes avaient de plus en plus miné sa constitution.

Lorsqu'on tient compte de l'absence de tout engorgement de glandes lymphatiques, de l'absence de tumeurs dans d'autres points du cuir chevelu, de la marche lente, de la nature toujours strictement localisée de l'affection, des accidents purement consécutifs à des violences externes, on est déjà, par cela même, autorisé à écarter le diagnostic d'un vrai cancer, et à envisager l'affection comme l'inflammation, l'ulcération et la multiplication de tumeurs enkystées du cuir chevelu.

A l'autopsie, on constate l'absence de toute lésion viscérale, et l'on ne voit qu'un mal purement local avec les conséquences de sa propagation sur place. M. Rouget qui, avec beaucoup de modestie, dit qu'il n'est qu'au commencement de ses études microscopiques, reconnaît cependant sans hésiter que tous les caractères à l'œil nu et microscopiques du tissu cancéreux manquent totalement, et l'examen ultérieur fait par M. Follin et moi confirme pleinement cette manière de voir. On trouve de nombreuses tumeurs dans la partie profonde du derme, variant entre le volume d'une tête d'épingle et celui d'une noisette, dont l'étude m'a conduit à n'y voir autre chose qu'un développement tout à fait insolite de glandes sébacées. En effet, on constate, dans les plus petites, les lobules de ces glandules, et dans toutes, une extrémité pointue et allongée, qui correspond à leur conduit excréteur ; de plus leur structure montre une membrane anhyste d'enveloppe, des la-

melles superposées d'épithélium à la face interne, et un contenu sébacé et épithélial dans leur cavité. Nous y avons vainement cherché des éléments pileux, et l'opinion de leur origine par des follicules pileux doit être complétement rejetée. Ces petits kystes étaient partout faciles à énucléer; et bon nombre d'entre eux s'étaient creusé de petites fossettes à la surface des os du crâne. La substance intermédiaire entre ces kystes ne nous a présenté qu'un tissu fibroïde avec des éléments fibro-plastiques, infiltré çà et là d'amas d'épiderme. Nous n'avons pas pu constater l'existence de feuillets épidermiques à la surface de la dure-mère, ce qui tient probablement au fait que la pièce était déjà un peu altérée lorsque nous l'avons étudiée. La perte de substance, assez étendue dans les os du crâne, offrait, comme l'a du reste fort bien reconnu M. Rouget, tous les caractères d'une usure moléculaire insensible, suite d'un travail ulcéreux, lent et progressif.

Il résulte donc évidemment que l'affection a eu son siége dans les glandes sébacées dès le début et jusqu'à la fin, et que la destruction, pendant les dernières années, n'était due qu'à l'ulcération progressive d'une de ces tumeurs qui, occupant une large surface, usant tous les plans sous-jacents jusqu'aux enveloppes du cerveau, donnant lieu à une suppuration abondante et sanieuse, à des hémorrhagies fréquentes, devait fatalement altérer la santé générale, amener un état cachectique et hâter la fin par l'atteinte du cerveau.

Ce qui donne à cette observation un cachet spécial, c'est que nous ne connaissons pas d'autres exemples dans la science, dans lesquels un nombre si prodigieux de tumeurs glandulaires se soit développé à la tête; car, d'un autre côté, l'inflammation et l'ulcération d'une tumeur sébacée volumineuse ne constituent pas un fait extrêmement rare. Nous avons, entre autres, observé un

exemple de ce genre en 1843, dans le service de M. Bérard, à l'hôpital de la Pitié ; et dans ce cas, comme dans d'autres analogues, on avait cru que la tumeur avait dégénéré, ce que l'examen ultérieur de la pièce réfuta complétement.

En jetant un coup d'œil sur tous les détails de cette observation, on peut se convaincre, une fois de plus, qu'un diagnostic exact est la plupart du temps possible, lorsqu'on s'en tient plutôt à l'observation qu'à l'autorité des doctrines. Ce cas prouve encore que la bénignité ou la malignité des tumeurs ne peut constituer un principe de classification.

VIIIe OBSERVATION.

Cancroïde papillaire et épidermique de la lèvre inférieure étendu au maxillaire inférieur. Engorgement glandulaire du cou; extirpation. Nature épidermique de l'altération de l'os et des glandes lymphatiques. Mort sept jours après l'opération; absence de toute altération viscérale (1).

La femme Caille, Marie-Françoise, âgée de soixante-quatre ans, vigneronne de profession, entre à l'hôpital de la Charité, dans la division de M. Velpeau, le 21 novembre 1849, salle Sainte-Catherine, n° 24. Cette femme présente encore, lors de son entrée, toutes les apparences d'une bonne santé. Elle a perdu son père d'une fluxion de poitrine ; il était habituellement bien portant; sa mère est morte jeune ; la malade ignore de quelle maladie,

(1) Cette observation n'est pas très complète sous le rapport symptomatologique. J'avais compté la recueillir avec plus de détails après que la malade aurait été guérie de l'opération; mais elle a succombé à une mort inattendue. Toutefois cette observation renferme un fait pathologique si rare et si important que je ne puis me dispenser de rapporter tous les détails que je possède sur ce cas intéressant.

Elle dit avoir toujours joui d'une bonne santé. Bien réglée jusque il y a une dizaine d'années environ, elle a été mariée et a eu deux enfants. Elle ne se rappelle pas avoir eu d'autres indispositions, qu'à différentes reprises des maux de tête, des vertiges et des étourdissements qui ont cédé assez promptement chaque fois aux émissions sanguines.

Il y a sept à huit ans, la malade eut des maux de dents très persistants dans le côté gauche de la mâchoire inférieure; ses dents se carièrent, sans qu'il y eût de fluxions ni d'abcès, et au bout de quelques mois toutes les dents de ce côté tombèrent spontanément. A part le sentiment de gêne dans cette partie de la mâchoire, et auquel la malade ne prit guère garde, elle n'éprouva plus rien de particulier de ce côté. Ce n'est que cinq mois avant son entrée à l'hôpital, qu'elle s'aperçut que, du même côté de la mâchoire, elle portait, dans l'intérieur de la bouche, une tumeur, dont elle compare le volume à celui de l'extrémité du doigt indicateur. Cette tumeur était parfois le siége de quelques élancements, mais n'occasionnait guère de vives douleurs. Pendant quatre mois, le mal augmenta de volume, sans que la malade s'en inquiétât davantage et sans qu'elle ait essayé de le combattre en aucune façon.

Il y a quelques semaines, la tumeur avait acquis à peu près le volume qu'elle présente aujourd'hui. Deux fois alors, à huit jours d'intervalle, un chirurgien, appelé auprès de la malade, appliqua le fer rouge sur le mal, et ensuite il le cautérisa tous les deux jours avec le crayon de nitrate d'argent. Ces divers moyens étant restés sans résultat, la malade vint à Paris réclamer les soins de M. Velpeau.

A son entrée, nous constatons que la branche horizontale de la mâchoire inférieure du côté gauche présente dans la bouche une tumeur d'un rouge framboisé,

garnie à sa surface d'une multitude de saillies et de fongosités mollasses, saignant facilement au moindre contact, et s'étendant de l'angle de la mâchoire inférieure jusqu'au niveau des premières dents molaires. Cette tumeur est à cheval sur le bord alvéolaire de l'os qui, de ce côté, est complétement privé de dents. Disposée et étalée en champignon, la tumeur envahit la face interne de la joue de ce côté.

Malgré l'accroissement qui s'était opéré dans la tumeur pendant les derniers temps, les souffrances sont à peu près nulles, et l'état général, comme nous l'avons dejà dit, est tout à fait satisfaisant. Plusieurs ganglions trouvés malades pendant l'opération étaient trop cachés pour être aperçus au premier examen.

Après plusieurs jours de séjour de la malade à l'hôpital, l'opération étant jugée nécessaire, M. Velpeau la pratiqua, le 28 novembre, de la manière suivante :

Une incision curviligne, à convexité inférieure, fut pratiquée extérieurement, depuis l'angle de la mâchoire du côté gauche jusque vers la partie médiane de l'os maxillaire. Les parties molles furent d'abord disséquées et relevées en haut; il fallut lier les artères faciale et linguale. Toute la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur fut ensuite reséquée à l'aide de la scie à chaîne. Après l'ablation de l'os, M. Velpeau s'aperçut de la présence d'un ganglion induré sur le trajet de la carotide interne. Cette glande fut saisie avec une érigne et extirpée avec le bistouri. La plaie fut remplie de boulettes de charpie, le lambeau rabattu et la plaie pansée à plat.

Avant de décrire la pièce anatomique, nous allons faire connaître la fin de l'observation. Une épidémie d'érysipèle régnait alors dans les salles de M. Velpeau. Dans la soirée même du jour où l'opération a été pratiquée, la malade fut prise de frissons, de vomissements,

et un érysipèle avec rougeur peu vive se manifesta autour de la plaie. Dès le principe, les symptômes généraux offrirent de la gravité; la malade était d'une faiblesse extrême, le pouls était petit et très fréquent, 120 pulsations par minute et au delà, l'assoupissement continuel, et sans avoir eu de grandes souffrances, la malade succomba, le 5 décembre, huit jours après l'opération. L'érysipèle s'était étendu peu à peu à toute la tête, et la suppuration avait pris un caractère sanieux. A l'autopsie, on constata l'absence de toute altération viscérale, et bien que tous les organes aient été examinés avec soin, ils furent tous trouvés dans un état satisfaisant. Nous insistons surtout sur l'absence de toute tumeur cancéreuse ou épidermique.

Description de la pièce enlevée par l'opération. — On constate d'abord à la face supérieure de la lèvre inférieure, sous une couche épidermique et purulente, de nombreuses petites saillies rouges grenues, comme framboisées, d'aspect papillaire.

La tumeur principale est enfourchée sur la mâchoire, et occupe les deux côtés de la branche horizontale du maxillaire inférieur, à partir de 1 centimètre environ de l'angle de l'os jusque tout près de son milieu; elle a plus de 2 centimètres d'épaisseur et plus de 3 centimètres de longueur, et un peu moins de hauteur; elle est d'une consistance ferme et élastique.

On peut se convaincre que le tissu malade se prolonge verticalement dans les muscles attachés à la mâchoire.

L'aspect de la coupe du tissu morbide est d'un jaune pâle, luisant, d'un jaune terne par places. Ce n'est que vers sa partie supérieure que le tissu accidentel offre un aspect mamelonné et comme papillaire. En comprimant ce tissu, ou en le grattant avec le scalpel, on en fait sortir une matière onctueuse, d'un blanc jaunâtre, ressemblant au mastic des vitriers.

Une coupe verticale, pratiquée dans toute le longueur de l'os, montre qu'au niveau de la tumeur, les dents et les alvéoles ont complétement disparu, et sur un trajet de 3 centimètres de longueur, l'os est verticalement détruit dans toute son épaisseur jusqu'au niveau du canal dentaire, dans lequel l'artère et les deux branches du nerf sont parfaitement bien conservées et intactes. L'aspect du tissu pathologique du milieu de l'os malade est le même que celui décrit pour les couches plus superficielles.

Sur le côté interne et sur le bord inférieur du maxillaire existent plusieurs ganglions engorgés dont le volume varie entre celui d'un petit haricot et celui d'une grosse noisette. Trois de ces ganglions étaient malades, et renfermaient une matière que nous avons ultérieurement trouvée être de nature épidermique. Dans la plus petite de ces glandes, cette substance morbide est d'un jaune pâle, luisante; on peut l'enlever par le scalpel, en petits grumeaux. Une seconde glande, un peu plus volumineuse, renferme cette même substance, mais, en outre, une cavité remplie de liquide, du volume d'un petit pois, liquide qui tient en suspension des grumeaux de matière épidermique. La glande la plus volumineuse, enfin, contient égalment une petite cavité, et, dans les deux tiers au moins de son étendue, une matière d'un blanc jaunâtre terne et onctueuse.

L'examen microscopique montre partout dans cette tumeur, ainsi que dans les glandes malades, des éléments épidermiques bien caractérisés : de grands feuillets, ayant $0^{mm},03$ à $0^{mm},05$, tout à fait aplatis et munis d'un petit noyau granuleux. Beaucoup de ces cellules ont subi l'infiltration granuleuse qui se retrouve même dans les glandes les plus récemment infectées. On voit, en outre, beaucoup de cellules concentriques, et un nombre infini de globes concentriques d'épiderme,

que nous avons souvent signalés dans les tumeurs épidermiques. Beaucoup de petits feuillets d'épiderme se présentent de profil, et offrent alors, par leur juxtaposition, un aspect fibreux ; cependant, on voit tous les passages entre ces feuillets, vus de champ, et d'autres, vus de face. On voit, enfin, un assez grand nombre de noyaux épidermiques libres, ainsi que de jeunes cellules épidermiques, dont un certain nombre cependant avait déjà subi l'infiltration granuleuse et graisseuse. A part quelques noyaux un peu plus développés et munis d'un nucléole volumineux, on ne voit rien qui ressemble aux noyaux du cancer, et encore ces rares noyaux, d'un aspect douteux, étaient contenus dans des feuillets aplatis, sur la nature épidermique desquels il ne pouvait pas rester de doute.

Réflexions.

Nous avons affaire, dans ce cas, à une des formes les plus remarquables du cancroïde. La nature épidermique et non cancéreuse résulte surtout de l'examen microscopique. En outre, la marche de la maladie n'est pas celle du cancer. Le début probable de la maladie doit remonter à l'époque où, dans peu de temps, la malade perdit toutes les dents du côté malade ; cependant l'état général reste intact jusqu'au moment de l'opération, et l'autopsie démontre l'absence de tout dépôt cancéreux dans les divers organes.

Nous voyons ici le tissu épidermique envahir les muscles, les os, les glandes lymphatiques, et pourtant le mal reste local, en ce sens qu'il est borné à la zone anatomique primitivement atteinte. Cette diffusion locale est une des principales raisons qui m'ont fait choisir, pour ces sortes d'affections, le terme de cancroïde, affections, qui, à côté de différences incontestables, ne

manquent pas de présenter quelques analogies avec le véritable cancer.

La disposition anatomique de la tumeur de la mâchoire rend compte de l'absence ou du peu de douleur qui a existé. D'un côté, en effet, nous voyons les alvéoles et leurs filets nerveux détruits ; mais, d'un autre côté, nous trouvons le nerf dentaire intact dans son canal, et il est probable qu'un peu plus tard, si l'opération n'avait point été pratiquée, ce nerf essentiellement sensitif aurait été fortement comprimé, et alors les douleurs seraient probablement devenues très vives, ce que l'on n'aurait pas manqué d'attribuer aux douleurs inhérentes aux affections cancéreuses. Ceci prouve combien sont faibles les bases sur lesquelles reposent les caractères pathognomoniques des douleurs du cancer.

Nous rencontrons dans les glandes lymphatiques, outre l'infiltration épidermique, plusieurs cavités creusées dans leur substance : fait bien plus fréquent qu'on ne le croit généralement, et pourtant passé sous silence par la plupart des auteurs classiques.

Nous ferons une dernière remarque sur l'origine et le point de départ probable de la maladie. Nous penchons fortement pour cette opinion, qu'il s'agit dans le cas actuel d'un cancroïde épidermique partant des gencives, et surtout de la partie qui recouvre la base des dents et le bord alvéolaire du maxillaire. La chute précoce des dents, l'altération, de beaucoup plus avancée, de l'os maxillaire parlent en faveur de cette manière de voir. La tumeur principale était placée à cheval, pour ainsi dire, sur le bord alvéolaire de l'os. Si le mal avait débuté par la peau, nous comprendrions difficilement son extension à l'os, de plus la malade aurait eu recours bien plus tôt aux secours de l'art. Nous avons dans ce moment une pièce qui complète, pour ainsi dire, l'observation actuelle, pièce dans laquelle l'origine d'un cancroïde

épidermique, provenant de la partie gengivale du rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure, n'est nullement douteuse.

Des faits de ce genre jettent un grand jour sur les tumeurs non cancéreuses des mâchoires supérieure et inférieure, et nous expliquent la nature de plusieurs affections de ce genre, dont le développement nous a paru autrefois fort obscur. Les tumeurs épidermiques de ces os, en effet, prennent leur origine de la couche épidermique des gencives, et le mal s'étend ensuite aux alvéoles et aux parties plus profondes de l'os. Le périoste alvéolaire est-il de son côté le point de départ d'une tumeur, on comprend qu'alors celle-ci offre tous les caractères du tissu fibro-plastique. Telle est, en effet, la nature d'un grand nombre de tumeurs connues sous le nom d'*épulis*. La nature diffuse enfin des parties épidermiques et périostales rend compte de la facilité des récidives locales, et impose le précepte de pratiquer en cas pareil des opérations fort étendues.

IXe OBSERVATION.

Cancroïde épidermique de la lèvre inférieure. Plusieurs opérations successives suivies de récidives locales. A la troisième récidive, extension successive de l'ulcération jusqu'au cou; impossibilité de prendre des aliments, dépérissement. Mort. A l'autopsie, absence de toute altération cancéreuse et de tout dépôt épidermique éloigné du mal local (1).

« Veisgerber (Jean), âgé de quarante-trois ans, cultivateur à Aubervilliers-les-Vertus, entre à l'hôpital Necker, salle Saint-Pierre, n° 42, le 19 juin 1845.

» Cet homme a toujours joui d'une excellente santé;

(1) Cette observation est une des plus curieuses par la gravité de la maladie

il affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes; il a l'habitude ancienne de fumer le brûlot.

» Au printemps de 1844, un petit bouton gros comme une tête d'épingle, sur lequel il se formait des écailles, que le malade enlevait de temps en temps, vint à se développer sur la lèvre inférieure et sur la ligne médiane, à l'union de la peau et de la muqueuse. A l'entrée de l'hiver, le bouton avait acquis le volume d'un pois, et quoiqu'il n'y eût pas de douleur, Veisgerber, craignant un mauvais mal, alla consulter un médecin du faubourg Saint-Denis; celui-ci fit sur la petite tumeur des cautérisations avec du nitrate d'argent, cautérisations qui furent répétées deux fois par semaine pendant un mois et demi. Pendant ce traitement, la tumeur doubla de volume; un autre tubercule se montra à côté et fit saillie du côté interne de la lèvre. Le médecin parla alors d'opérer; le malade s'y décida, et M. Voillemier fut chargé de l'opération. Il enleva la tumeur en la comprenant entre les deux branches d'une incision en V, et réunit par première intention. Cinq jours après, la plaie était cicatrisée presque complétement, sauf en un point très peu étendu, qui resta ulcéré du côté de la peau, et qui se recouvrit d'une croûte brune. Les bords de la cicatrice, qui étaient restés un peu durs, acquirent, après l'opération, plus de dureté. Cette induration a fait en quinze jours de rapides progrès; quelques douleurs, pas assez fortes cependant pour empêcher le sommeil, ont accompagné ce développement.

et par sa nature strictement locale, bien qu'ici le terme d'affection bénigne ne fût point à coup sûr applicable. Ce fait a encore ceci d'intéressant qu'il complète une des observations rapportées dans la thèse de M. Mayor (*Recherches sur les tumeurs épidermiques et leur relation avec l'affection cancéreuse*, thèse pour le doctorat; Paris. 1846, p. 36 à 38), qui n'a suivi le malade que jusqu'au moment où la guérison paraissait achevée. Nous reproduisons textuellement l'observation telle qu'elle a été rapportée par M. Mayor, pour ajouter ensuite le résultat de notre propre observation.

» *Etat actuel.*—La tumeur a le volume d'une noix; elle occupe toute l'épaisseur du bord de la lèvre; elle est comme bilobée par la ligne de cicatrice qui remplace le sillon médian de la lèvre, et qui présente en avant une petite ulcération couverte d'une croûte brune. Elle est dure, et sa surface offre une coloration blanche qui tranche avec la couleur rouge de la muqueuse environnante. On aperçoit des petits vaisseaux variqueux dessinant des aréoles sous l'épiderme; la pression de la tumeur est douloureuse. L'état général du malade est parfait; il a le teint hâlé, les muscles bien développés et les chairs fermes.

» Le 20 juin, M. Lenoir procède à l'ablation de la tumeur. Il détache un peu la lèvre du maxillaire avec le bistouri et cerne la tumeur à coups de ciseaux; une seule ligature est appliquée; une compresse imbibée d'eau froide pour tout pansement. M. Lenoir abandonne à la nature le soin de remédier à la perte de substance produite, perte qui comprend les trois quarts à peu près du bord de la lèvre.

» Le 1er juillet, la cicatrisation est fort avancée, et l'échancrure résultant de l'opération a déjà diminué par le fait de l'ascension du menton.

» Le 6, on sent dans le bord droit de la plaie un petit tubercule.

» Le 17, ce petit tubercule n'ayant cessé de grossir, puisqu'il a le volume d'un pois, M. Lenoir l'enlève d'un coup de ciseaux. La cicatrice de cette nouvelle plaie se fait rapidement.

» Le 6 août, le malade sort bien portant; la cicatrice est complète, et l'échancrure, quoique beaucoup diminuée, est encore notable; il a un peu de difficulté à retenir la salive.

» A la fin de septembre, le malade est venu, selon sa promesse, se montrer à l'hôpital Necker. Il n'y a pas

d'apparence de récidive; il jouit d'une parfaite santé. L'échancrure a disparu; il n'y a plus d'écoulement de salive. La lèvre supérieure s'est allongée pour recouvrir l'inférieure appliquée contre la mâchoire; il s'est formé par l'ascension du menton un nouveau sillon labio-maxillaire.

» En somme, la difformité se réduit à ce que Veisgerber a tout à fait la figure d'un homme qui se mord la lèvre inférieure.

» *Examen de la tumeur.* — Elle forme un noyau assez régulièrement arrondi, dont la coupe rappelle celle d'un marron cuit; à son centre existe une espèce de fissure correspondant à la cicatrice de la première opération; cette fissure est remplie par une matière blanchâtre, caséiforme. Tout le reste est dur, compacte, a un aspect granuleux; les granulations sont d'un blanc laiteux; les intervalles très petits qui séparent les granulations sont translucides. La pression ne fait point sourdre de liquide sur les surfaces de section, mais expulse çà et là quelques petites masses blanchâtres. La tumeur est évidemment développée aux dépens du derme; aussi est-elle, dans sa plus grande partie, recouverte directement par l'épiderme; elle est séparée de la muqueuse par une couche musculaire saine, dans laquelle on trouve cependant un ou deux petits noyaux blancs opalins.

» Le petit tubercule extirpé le 17 juillet offre tout à fait la même structure. Le microscope fait reconnaître dans ces deux produits morbides le plus bel exemple possible de tumeur folliculaire épidermique non enkystée. »

Quatre mois après cette dernière opération, une nouvelle récidive eut lieu; et comme la lésion fut irritée et aggravée par plusieurs tentatives incomplètes de cautérisation, le malade se décida à entrer à l'hôpital des Cliniques, le 29 décembre 1845. Découragé par l'insuccès des opérations antérieures, on n'a pas voulu tenter

une nouvelle opération, et le mal a été complétement abandonné à lui-même. De bonne heure, la tumeur récidivée s'est ulcérée, et cet ulcère s'est agrandi de plus en plus par la destruction à peu près complète de la lèvre inférieure, tandis que toute la partie gauche du cou et de la figure, à partir de la lèvre en bas, s'est transformée en une vaste ulcération qui latéralement s'étendit jusqu'à l'oreille et à l'apophyse mastoïde, et inférieurement jusqu'au niveau du milieu du larynx. La surface de cet ulcère offrait une teinte d'un vert noirâtre ; la suppuration était sanieuse et fétide, et au milieu des fongosités blafardes de l'ulcère, on voyait le maxillaire inférieur à nu sur une étendue de plusieurs centimètres, et profondément altéré par la carie.

L'étendue de l'ulcération, la fétidité de la suppuration, le siége du mal, qui empêchait le malade de se nourrir, et qui avait même produit une légère rétraction de la langue, produisirent peu à peu un état de dépérissement tel que le malade succomba dans le marasme, le 8 juillet 1847.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort, par une température de + 20 degrés centigrades (1).

Traces de putréfaction sur les parois abdominales; odeur infecte de l'ulcère. Avant de décrire les altérations locales, nous dirons qu'à part l'atrophie et la décoloration de tous les organes, telles qu'on les observe dans le marasme avancé, il n'y avait nulle part ailleurs d'altérations marquantes, et surtout absence de tous dépôts cancéreux ou cancroïdes.

A part les caractères de l'ulcère déjà indiqués, nous pûmes, en outre, constater les particularités suivantes : Les parties molles ulcérées, ainsi que les portions d'os

(1) Je fis cette autopsie avec M. Coffin, alors interne du service.

cariées, étaient recouvertes, dans la plus grande partie de leur étendue, d'exsudations purulentes; mais en outre, on remarquait dans bien des endroits, et surtout à la surface des os, des grumeaux de plusieurs millimètres d'étendue, d'un blanc pâle, de la consistance du suif, friables, peu humides. Le microscope n'y faisait reconnaître d'autres éléments que de larges lamelles épidermiques, en partie desséchées.

Dans le fond de l'ulcère, on reconnaît, par des coupes verticales, une couche d'un tissu jaunâtre, composée de fibres et infiltrée de pus, montrant aussi çà et là quelques cellules épidermiques, mais ne permettant nulle part de faire sortir par la pression un suc semblable au suc cancéreux. Les parties musculaires profondes sont bien conservées, notablement augmentées d'épaisseur, d'une teinte noirâtre, infiltrées de pus par places, et de cellules épidermiques.

L'os maxillaire carié, examiné avec le plus grand soin dans toute son étendue, ne montre rien autre que les altérations de la carie, une infiltration sanieuse et purulente, et dans beaucoup d'endroits, des petites cavités renfermant les grumeaux épidermiques décrits. Nulle part, nous ne trouvons de dépôts cancéreux, ni dans les parois de l'ulcère, ni dans l'os malade, et nous en notons surtout l'absence dans les glandes lymphatiques du cou, dont un grand nombre, examiné attentivement, ne montre pas même une augmentation de volume.

Réflexions.

Nous avons affaire ici à une maladie qui paraît très grave par sa marche et par son issue, et qui, superficiellement examinée, semble se rapprocher tout à fait du cancer. Cependant, en analysant ce fait avec soin, nous ne tardons pas à reconnaître de nombreux points

de dissemblance. C'est ainsi que, dès la première opération, le mal ne fut qu'incomplétement extirpé, au point que, malgré la réunion immédiate, une partie de la plaie resta ulcérée, et que les bords de la cicatrice se durcirent et devinrent douloureux. Notons que déjà, avant l'opération, des cautérisations incomplètes avaient fortement irrité la tumeur. L'excision en forme de V à la lèvre inférieure a du reste souvent cet inconvénient, que la base de la tumeur n'est que fort incomplétement extirpée, et nous préférons de beaucoup, pour notre compte, deux incisions semi-elliptiques qui se tiennent partout au milieu des parties saines et à une certaine distance des parties malades.

Une seconde opération plus étendue est pratiquée; mais de nouveau elle est fort incomplète, puisque six jours après l'extirpation, on sent déjà un tubercule de reproduction dans le bord droit de la plaie; on l'excise, mais la récidive ayant encore une fois eu lieu, on abandonne le mal à lui-même.

Évidemment, si l'on avait eu une connaissance plus approfondie de la nature de cette altération, on aurait enlevé de nouveau et très largement toutes les parties suspectes, pour réparer ensuite les grandes pertes de substance au moyen de l'autoplastie.

Lorsqu'on a laissé marcher la maladie, un vaste ulcère a détruit les parties molles et atteint le maxillaire inférieur. Dès lors des obstacles de plus en plus grands s'opposèrent à l'alimentation et par conséquent à la nutrition du malade; il dépérit et enfin mourut dans le marasme. Pourtant l'autopsie met hors de doute que le mal est tout à fait local, de nature épidermique et cancroïde, et que nulle part, dans l'économie, il ne se trouve de tissu vraiment cancéreux. La hardiesse chirurgicale, en circonstance pareille, peut donc être érigée, pour ainsi dire, en précepte.

Xe OBSERVATION.

Ulcère cancroïde et épidermique de la main chez une femme de soixante-dix ans; tumeur verruqueuse au début; irritation de la tumeur par des excisions incomplètes; accroissement rapide et ulcération progressive vers la fin de la quatrième année. Amputation et guérison (1).

La femme Louise Dahleman, des environs de Berlin, âgée de soixante-dix ans, est d'une forte et bonne constitution, d'un embonpoint au-dessus de la moyenne. Elle a un bon teint, et l'état des forces est tout à fait satisfaisant. Elle ne donne pas de renseignements précis sur la santé de ses parents, qu'elle a perdus jeune. Après une enfance, pendant laquelle elle ne se rappelle pas avoir été malade, elle commença à avoir ses règles à l'âge de treize ans, et, à part un peu d'irrégularité pendant la première année, la menstruation a ensuite toujours été régulière et médiocrement abondante. Elle s'est mariée à trente ans et a eu deux enfants; les couches ont été faciles et naturelles. L'un de ses enfants est mort jeune de la scarlatine; l'autre vit et se porte bien. A l'âge de quarante-deux ans, la malade a eu elle-même la scarlatine qui se passa d'une manière bénigne; mais après, ses règles ne reparurent plus. Cette cessation un peu brusque des époques menstruelles ne troubla cependant pas sa santé qui a toujours continué à être bonne; car, à part la scarlatine, la malade ne se rappelle point avoir fait une maladie qui l'ait obligée à garder le lit. Elle n'a jamais eu d'hémorrhagie. Elle a été vaccinée.

Lors de son entrée à l'hôpital des cliniques à Berlin,

(1) J'ai observé ce cas intéressant dans la clinique chirurgicale de M. le professeur Dieffenbach à Berlin, pendant un séjour que je fis dans cette ville pendant l'hiver de 1845 à 1846.

en janvier 1846, la malade portait son affection locale de la main depuis quatre ans et trois mois. Ce mal avait débuté par l'apparition d'une très petite verrue sur le milieu à peu près du dos de la main. Lorsque la verrue avait atteint le volume d'une lentille environ, la malade, pour s'en débarrasser, la coupa avec des ciseaux, et en gratta ensuite la base avec la pointe d'un couteau de table, espérant de cette façon détruire la racine. La plaie ainsi irritée devint d'abord le siége d'une inflammation vive qui bientôt se calma; mais au même endroit, il se développa une petite tumeur d'aspect verruqueux, mais d'une surface framboisée et plus inégale que ne l'était celle de la première tumeur. L'accroissement fut lent mais continuel; et après un peu moins de quatre ans de durée, elle avait atteint le volume d'une noix. A ce moment elle n'était point encore ulcérée; la malade dit que la couleur de la tumeur était seulement un peu plus foncée que celle de la peau ambiante, que toute la grosseur était composée d'un amas de petites verrues, et que lorsqu'on la comprimait, on faisait suinter des interstices de ses saillies un liquide qui ressemblait à du pus. A part une sensation légère de cuisson, aucune douleur ne se manifesta ni dans la tumeur ni dans son voisinage, et il n'y eut point de retentissement sur les ganglions axillaires.

Quatre mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital, un ulcère commença à s'établir au sommet de la grosseur. Cet ulcère s'accrut rapidement, sans que pour cela le mal devînt douloureux. A mesure que l'ulcération fit des progrès, la masse verruqueuse qui formait la tumeur se désagrégea, pour ainsi dire, dans le milieu, pour s'épanouir à la circonférence. L'ulcère s'étendit aussi à tout le dos de la main ; en haut, il dépassa l'articulation radio-carpienne ; en bas ses bords s'étendaient jusqu'aux premières phalanges des doigts ; au niveau du

médius et de l'annulaire, l'ulcère avait plus de 7 centimètres de longueur sur près de 8 centimètres de largeur; il était entouré partout de bords inégaux, saillants et verruqueux, offrant de 1 à 2 centimètres de largeur sur un peu moins d'épaisseur. La consistance de ces bords était élastique et très ferme; la coloration en était d'un rouge pâle, et les petits mamelons qui donnaient à l'ensemble l'aspect verruqueux faisaient un relief qui variait entre 2 et 5 millimètres : ces mamelons étaient séparés les uns des autres par des sillons linéaires. La partie des bords de l'ulcère qui était en rapport avec le fond était verticale et comme taillée à pic en dehors, tandis que vers l'ulcération, ils s'aplatissaient insensiblement et d'une manière oblique. Le fond de l'ulcère était couvert d'une exsudation purulente qui formait une espèce de fausse membrane, sous laquelle il fut facile de découvrir des bourgeons charnus rouges, allongés et de forme papillaire.

L'articulation du poignet était très gênée dans ses mouvements; il en était de même des mouvements des doigts, le pouce excepté, car il avait encore conservé quelques mouvements spontanés. Chose curieuse! bien que le mal siégeât du côté des extenseurs, les mouvements des fléchisseurs étaient gênés au même degré.

L'examen le plus attentif de toutes les fonctions prouvait une santé parfaite. L'appétit était bon, les garderobes régulières, la respiration naturelle, le sommeil bon, l'état général excellent. Il y avait absence presque complète de souffrances.

Dans ces conditions, l'amputation était tout à fait indiquée. Elle fut pratiquée à trois travers de doigt au-dessus du poignet et par la méthode circulaire. La guérison de la plaie fut entravée par une inflammation phlegmoneuse de l'avant-bras qui amena la formation de plusieurs abcès. Cependant la guérison n'a été que

retardée, et vers la fin de mars, la cicatrisation était complète, et tout l'ensemble de la santé de cette malade était en fort bon état. J'ai quitté Berlin à cette époque, et j'ai perdu la malade de vue ; mais d'après la marche de la maladie qui, pendant plus de quatre ans, était toujours restée parfaitement locale; d'après le résultat de l'examen anatomique de la lésion, et d'après ce que j'ai observé dans des cas analogues de cancroïdes siégeant à la main, il est probable qu'aucune récidive n'aura eu lieu. Toutefois je reconnais tout le premier que, sous ce rapport, mon observation aurait besoin d'être complétée.

Description de la pièce anatomique. — La dissection donne le résultat inattendu que le mal paraît tout à fait borné aux parties molles superficielles; les tendons et les os sont presque intacts, et le mal ne dépasse pas en profondeur l'aponévrose dorsale de la main, qui est dure, rigide et épaissie. Le ligament capsulaire radio-carpien est très épaissi, et a jusqu'à 1 centimètre d'épaisseur; le tendon du muscle extenseur du pouce est libre de toute adhérence, et l'on peut lui faire exécuter tous ses mouvements physiologiques; le tendon extenseur de l'index est presque libre, quelques adhérences peu solides le fixent seulement au fond de l'ulcère et à l'aponévrose; tandis que les autres tendons extenseurs, bien que normaux dans leur structure, sont rendus immobiles par les adhérences de leur surface. Les doigts sont le siége d'une infiltration œdémateuse et d'une rigidité assez notable, due aux adhérences qui se sont établies entre le tissu cellulaire sous-cutané et la surface périostale des phalanges.

En pratiquant des coupes verticales à travers les bords de l'ulcère, on voit à l'œil nu, et mieux encore à la loupe, une multitude de corps cylindriques verticaux, de 1 à 2 millimètres de longueur, sur la moitié environ de largeur, à extrémité conique et arrondie, et offrant dans

leur intérieur des vaisseaux entourés d'un tissu plus homogène et très vasculaire. En grattant cette surface avec le scalpel, on détache un certain nombre de ces corps papillaires et l'on obtient un liquide transparent un peu teint de sang, mais on n'en fait point sortir de suc trouble et lactescent, comme celui du cancer. En pratiquant des coupes horizontales, on a dans les couches superficielles le tassement imbriqué de l'épiderme, tandis que les couches plus profondes montrent une multitude de papilles, et dans leur intérieur de petits points rouges, qui ne sont autre chose que des vaisseaux coupés, et dont on fait sortir par la pression des petites gouttelettes de sang. Tant dans les coupes horizontales que dans les coupes verticales, il n'est pas difficile d'isoler ces papilles entières ou tronquées. L'examen microscopique démontre dans ces papilles, comme principal élément, des couches concentriques d'épiderme, tandis que le noyau fibreux du centre de la papille est bien peu développé. On voit, en outre, dans les couches épidermiques qui de toutes parts entourent et recouvrent les papilles, ces globes concentriques d'épiderme que nous avons souvent décrits, et qui, variant entre un huitième et un quart de millimètre, sont entièrement composés d'un tassement concentrique de lamelles épidermiques. Un examen superficiel y faisait voir, ainsi que dans les coupes des papilles, une structure fibreuse ; mais en examinant de plus près, on voit que ce qui, au premier abord, ressemblait à des fibres, n'est autre chose que l'aspect de profil des lamelles d'épiderme étroitement juxtaposées. Les éléments fondamentaux et constituants de toutes ces parties sont des cellules épidermiques dans les diverses phases de leur développement : de jeunes cellules à noyaux entourés d'une zone transparente ; des cellules plus volumineuses, à noyaux un peu rapetissés et granuleux ; et enfin, dans les parties superficielles, des

feuillets dans lesquels le noyau tend à disparaître. Des papilles se trouvent également dans le fond de l'ulcère; seulement elles y sont recouvertes d'une couche de bourgeons charnus et de fausses membranes dans lesquelles on trouve un mélange d'éléments de fibrine, de pus et d'épiderme.

Réflexions.

Nous avons affaire ici à une affection cancroïde et non cancéreuse. Non seulement l'examen microscopique démontre l'existence de papilles, soit hypertrophiées, soit de nouvelle formation et d'épiderme hypersécrété, mais en même temps on constate l'absence de tout élément vraiment cancéreux. La structure anatomique ne présente par conséquent point de doute.

L'étude clinique, dans ce cas, n'est pas moins concluante. Nous voyons une femme de soixante-dix ans, dont la santé générale n'a éprouvé aucune atteinte, et qui, plus de quatre ans avant d'entrer à l'hôpital, s'aperçoit qu'elle porte une petite verrue sur le dos de la main; elle coupe cette verrue, la gratte fortement ensuite, mais elle ne parvient pas à l'enlever en totalité. Il s'ensuit une inflammation vive et une repullulation plus active de la verrue, qui, cette fois, devient bientôt une véritable tumeur verruqueuse. Pendant longtemps, la marche de ce mal est lente, la tumeur s'accroît peu à peu et sans gêner la malade; mais après plus de quatre ans de durée, elle s'ulcère, et c'est alors que toute cette affection prend des proportions plus considérables. Un vaste ulcère s'établit peu à peu et envahit tout le dos de la main, au point de rendre les mouvements du poignet et des doigts presque impossibles. L'amputation alors est pratiquée, et la malade guérit.

Les anciens chirurgiens auraient dit que ce mal a été

pendant longtemps de nature bénigne, et que plus tard la tumeur est devenue maligne, qu'elle a dégénéré, qu'elle est devenue cancéreuse. Cette manière de voir ne repose sur aucune donnée positive, et ici la physiologie pathologique nous rend bien mieux compte de la marche de la maladie. Une petite verrue est irritée et s'enflamme; l'inflammation cesse, mais l'hypérémie et un travail plus actif de nutrition persistent; de là une hypertrophie notable des papilles et de l'épiderme. La nutrition vasculaire s'établit dans tous les points de la tumeur; mais à mesure que celle-ci prend de plus grandes dimensions, cette nutrition éprouve naturellement des obstacles, et c'est pour cette raison que survient le travail ulcéreux. Mais malgré la longue persistance de la maladie, il est impossible de méconnaître sa nature strictement locale.

XI[e] OBSERVATION.

Femme de trente-sept ans; tumeur sur la grande lèvre gauche depuis vingt ans; plusieurs opérations incomplètes; accroissement lent pendant dix-sept ans, ensuite inflammation, ulcération et multiplication des tumeurs. Tubercules pulmonaires. pneumonie. Mort. Éléments hypertrophiés, vascularisés et ulcérés du derme et de l'épiderme, constituant toute la masse du cancroïde.

La femme Boissière (Annette), âgée de trente-sept ans, lingère, née à Nevers, est entrée au commencement de septembre 1847 à l'Hôtel-Dieu, dans la division de M. Louis, salle Saint-Joseph, n° 15.

Son père est mort à quarante-deux ans, après deux ans de maladie; il toussait et crachait beaucoup et avait beaucoup maigri. Sa mère est morte à l'âge de trente-cinq ans; elle avait souvent eu des pertes de connais-

sance, et dans un de ces accès, elle fit une chute qui occasionna la mort. La malade n'a qu'un frère âgé de trente-neuf ans et qui se porte bien. La première et la seule maladie dont elle paraît avoir été atteinte précédemment est la petite vérole, qu'elle a eue dans sa huitième année, sans en conserver de marques. Elle a été toute sa vie disposée à de la diarrhée, mais à un degré très modéré. Jamais d'affection scrofuleuse.

Les règles sont apparues à l'âge de onze ans et n'ont été régulières qu'à partir de quinze ans. Elle n'a point été mariée, mais elle a eu trois enfants de 1831 à 1834, des grossesses heureuses et des couches faciles; ses enfants sont tous les trois morts en bas âge. Elle dit ne s'être point livrée à l'onanisme.

Vers l'âge de dix-sept ans, et six mois avant ses premiers rapports sexuels, elle s'aperçut de l'existence d'un petit bouton sur la grande lèvre gauche, vers le tiers inférieur. Il avait le volume d'une tête d'épingle, la couleur de la peau et l'aspect d'une verrue. Elle y éprouva des démangeaisons et se gratta beaucoup, ce qui cependant n'irrita point la petite tumeur. Pendant six mois le mal augmenta au point d'acquérir le volume d'une petite noisette; sa surface était irrégulière comme une mûre; sa couleur ne différait pas sensiblement de celle de la peau ambiante; enfin elle était plus étroite à la base que dans le reste de son étendue. Le siége de la tumeur étant à la surface externe de la grande lèvre, elle ne la gênait point pendant les approches sexuelles.

Trois mois plus tard, c'est-à-dire neuf mois à partir du début, on engagea la malade à entrer à l'hôpital de Nevers pour se faire opérer. On coupa la tumeur à sa base avec des ciseaux et l'on cautérisa la plaie avec le nitrate d'argent. Le mal reparut au bout de trois à quatre jours, et pendant un séjour de plusieurs mois à l'hôpital, on coupa deux fois par semaine les végétations,

qui reparurent toujours dans la petite plaie. Au bout de ce temps, le chirurgien déclara le mal incurable. Dès cette époque, la malade ne fit que laver la tumeur trois à quatre fois par jour avec de l'eau fraîche. En quittant l'hôpital, la grosseur avait à peu près atteint le même volume d'une noisette qu'elle avait eu avant la première opération; elle n'avait changé ni de couleur ni d'aspect et n'était le siége d'aucune douleur.

A l'âge de vingt ans la malade habita Paris. La tumeur était toujours au même point, et même pendant les cinq ou six années suivantes, elle ne grandit que très lentement, et ce n'est que pendant le temps des règles qu'elle était le siége de quelques picotements peu douloureux. Ses trois grossesses n'eurent qu'une influence peu marquée sur la marche de la maladie, et elle n'y éprouvait aucune douleur pendant le travail de l'accouchement. Après la troisième couche, en 1834, la tumeur avait le volume d'une petite pomme d'api; elle était devenue rouge, un suintement séreux peu abondant s'était établi à sa surface; elle n'était pas douloureuse au toucher. Ayant atteint peu à peu le bord interne de la grande lèvre, la tumeur commença à la gêner pendant le coït déjà à partir de 1834, ce qui ne l'empêcha point de s'y livrer à peu près deux ou trois fois par semaine, jusqu'au commencement de 1845. Elle y renonça alors, à cause des vives douleurs que les rapports avec les hommes lui firent éprouver, peut-être aussi à cause de la mauvaise odeur qu'exhalait son mal.

Elle n'a point eu de pertes blanches; elle affirme n'avoir jamais eu de maladies vénériennes, et n'a eu ni pertes utérines ni autres hémorrhagies, à l'exception de celles qui depuis trois ou quatre ans étaient survenues à la surface de son mal.

Depuis trois ans, ainsi au bout de dix-sept ans de durée, un certain nombre de petites tumeurs analogues



à la première parurent successivement autour de celle-ci, qui prit en même temps un accroissement rapide. Depuis deux ans, suppuration à la surface, sur plusieurs points. Un certain nombre de ces grosseurs devinrent noires après avoir duré pendant quelques mois, et se flétrirent; la malade en put arracher plusieurs avec les doigts, ce qui donna lieu chaque fois à une hémorrhagie d'un demi-verre de sang à un verre et plus. Il y a dix-huit mois, le mal commença à répandre une odeur de plus en plus fétide. Enfin, depuis sept à huit mois, il est survenu des douleurs parfois assez vives à la partie postérieure de la cuisse gauche et quelquefois le long de la jambe (névralgie sciatique). Pas d'engorgement glandulaire autour de ces tumeurs, devenues peu à peu fort étendues.

La santé générale ne s'est affaiblie que depuis deux ans, et la malade a surtout maigri depuis le commencement de cette année (1847). Elle attribue cet amaigrissement aux hémorrhagies fréquentes qui ont eu lieu à la surface des tumeurs; les efforts qu'elle faisait pour aller à la garde-robe les provoquèrent assez souvent. Pendant l'été dernier, elle a eu les pieds enflés. L'appétit s'est bien conservé. Depuis un an, son ancienne disposition à la diarrhée est devenue plus forte, et pendant les derniers neuf mois, elle eut tous les jours deux ou trois selles liquides sans coliques, parfois même huit ou dix; jamais de douleurs dans les tumeurs en allant à la garde-robe. La respiration est restée libre. Pas de mouvement fébrile jusqu'aux derniers mois, pendant lesquels elle a eu souvent des sueurs nocturnes peu abondantes.

État actuel, le 15 septembre 1847. — La malade est d'une taille moyenne et exempte de difformités. Intelligence moyenne, mémoire bonne; cheveux châtains, yeux bleus, lèvres pâles; maigreur prononcée, faiblesse notable; elle ne peut marcher à cause de la douleur sciatique qui persiste toujours.

Lingère jusqu'à l'âge de vingt et un ans, chez ses parents, elle ne souffrit pas de privations. Depuis son séjour à Paris, elle a d'abord travaillé dans une imprimerie, se nourrissant bien, mais n'ayant que peu d'heures de sommeil, et habitant une chambre humide, sans influence fâcheuse sur sa santé. Pendant les dernières années, elle a été cuisinière et se trouvait alors mieux logée. Enfin, pendant les huit mois qui précédèrent sont entrée à l'hôpital, elle n'a pu travailler et a vécu de ses économies. C'est au logement humide qu'elle a habité pendant qu'elle travaillait dans l'imprimerie, qu'elle attribue les douleurs qui, d'abord vagues et légères, se sont fixées plus tard sur le membre inférieur gauche.

Bonne conformation du thorax; fonctions respiratoires et battements du cœur à l'état normal; pouls à 100. Sommeil agité et souvent nul, malgré l'absence de douleurs autres que la névralgie sciatique, qui cependant n'est pas assez intense pour rendre compte de la disposition à l'insomnie. Organes des sens en bon état; de temps en temps épistaxis abondantes. Absence de toute autre hémorrhagie que celle du mal local.

Les fonctions digestives sont régulières, à part une diarrhée survenue depuis quelques jours seulement (quatre ou cinq selles liquides par vingt-quatre heures, sans coliques) ; abdomen tendu, non ballonné, montrant des veines très développées. Le foie dépasse le bord des fausses côtes d'un travers de doigt; son normal dans ce point, où la percussion est un peu douloureuse, ainsi qu'à l'épigastre, qui est sensible à la pression et sans douleurs spontanées. Elle n'a plus ses règles depuis deux ans; elle n'a point d'écoulement blanc. Le toucher ne fait rien découvrir de morbide ni dans le vagin, ni au col de l'utérus; elle urine bien, les urines ont leur couleur normale. La partie postérieure de la cuisse et le

jarret gauche sont douloureux à la pression. Les articulations du membre n'offrent rien de morbide, et il en est de même des gros vaisseaux. Absence de glandes engorgées au pli de l'aine.

Le mal local commence au-dessus du pubis. A deux travers de doigt environ au-dessus de l'arcade pubienne se voit une petite tumeur de la grosseur d'une noisette, avec ulcération présentant des bords taillés à pic, et montrant dans le fond, baigné d'un liquide jaunâtre, des saillies granuleuses et comme papillaires. Au-dessus de cette tumeur existe une fistule dans la peau, ayant 2 à 3 millimètres de profondeur. A partir de 2 centimètres au-dessous de cette fistule jusqu'en arrière et au-dessus de l'anus, l'affection locale occupe, sans interruption, une étendue de 23 centimètres de longueur sur 6 à 9 de largeur. Son aspect général est celui de végétations rouges, en forme de choux-fleurs, et dont la base commune est constituée par la peau qui entoure la vulve et surtout par celle des grandes lèvres, du périnée, du pourtour de l'anus et de la portion inférieure de la région coccygienne. Les saillies inégales, les petites tumeurs, varient depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une grosse amande; leur forme, pour la plupart à contours arrondis, est cependant irrégulière dans un certain nombre. Il y en a qui offrent un pédicule rétréci, d'autres reposent sur une base plus large de la peau malade. La surface de plusieurs est chagrinée et rugueuse; d'autres, plus nombreuses, ont une surface vivement injectée, rouge, non ulcérée; d'autres enfin sont recouvertes à leur surface d'ulcérations dont la plus grande se trouve en arrière de l'anus et offre à peu près les dimensions d'une pièce de cinq francs; elle montre partout des végétations épaisses et irrégulières. Cette surface ulcérée est rougeâtre par places, tandis que sur d'autres points elle est jaune, d'une teinte purulente

Les fistules qui existent dans plusieurs endroits ne dépassent pas l'épaisseur du derme, et plusieurs sont recouvertes d'une espèce de pont (1). La vascularité à la fois abondante et très superficielle sur plusieurs tumeurs, ainsi que dans le fond des ulcères, rend bien compte des hémorrhagies fréquentes. Toute cette masse exhale une odeur putride et fournit une suppuration sanieuse et abondante. L'examen le plus attentif montre le siége superficiel de ce mal, qui ne pénètre nulle part dans le vagin et dans l'anus. Ces tumeurs n'excitent point de douleurs spontanées.

Le traitement n'a pu être que palliatif. L'odeur putride a été combattue par du chlorure de chaux placé sous le lit de la malade et par la poudre de charbon appliquée à la surface du mal. Des boissons aromatiques et des toniques ont été en outre administrés.

A partir du 1er octobre, la maigreur et la faiblesse augmentent graduellement; la malade ne peut plus se lever pour aller à la selle. Elle commence à tousser. Le soir la peau était chaude, le pouls fréquent, à 124; il y avait cinq ou six selles par jour. Dans la nuit, sueur abondante forçant la malade à changer de linge.

Le 2 octobre, on lui prescrivit, pour la première fois, du sulfate de quinine (3 pil. de 0gr,15). Ce médicament n'eut aucun effet sur les sueurs, ni sur la fréquence du pouls; la dose en fut portée jusqu'à 5 pilules, et on le supprima le 20 octobre. La toux continua sans être influencée par les préparations opiacées. A l'auscultation, retentissement marqué de la voix aux deux sommets en arrière; on constate du râle sifflant à la base du poumon droit.

(1) Cet examen, difficile pendant la vie, a pu être fait d'une manière plus complète après la mort, et a mis hors de doute la très petite profondeur des fistules.

Depuis le 5 novembre, petites plaques pultacées reposant sur un fond rouge, sur la langue et la face interne des lèvres. La malade usa d'un gargarisme alumineux, mais la stomatite persista jusqu'à la mort.

Durant tout le mois d'octobre, douleur vague tout le long de la cuisse et de la jambe gauche, et siégeant plutôt à la face antérieure de la cuisse, mais sans trajet déterminé, sans point douloureux. La peau n'avait point changé de couleur, il n'y avait point d'œdème autour des malléoles, pas de gonflement aux articulations. La douleur s'exaspérait pendant les mouvements. (On fit des frictions sèches, et l'on enveloppa le membre de coton cardé.)

Quant à la tumeur, il ne s'y opéra aucun changement notable. Il n'y a à mentionner qu'un écoulement de sérosité brune, fétide, assez épaisse, qui sortit par l'anus (trois verres environ) le 13 octobre ; cet écoulement ne s'est pas reproduit depuis.

Le 31 novembre au soir, point de côté sous le sein gauche et oppression considérable. Les traits subissent une grande altération ; un peu d'œdème aux deux malléoles. Percussion également sonore en arrière des deux côtés ; respiration bronchique des deux côtés également et dans toute la hauteur, sans aucun râle. Pouls à 132, encore résistant. La malade s'affaiblit graduellement et succombe le 2 décembre.

Autopsie faite trente heures après la mort.

Tête. — Pas d'infiltration, pas d'injection des méninges. Consistance ordinaire de la substance cérébrale, piqueté presque noir, mais peu serré, dans la substance blanche des hémisphères.

Poitrine. — Pas d'adhérences des plèvres, pas d'épanchement. Au sommet des deux poumons, on trouve

un groupe de granulations tuberculeuses, jaunes au centre, noires à la circonférence, du volume d'un gros pois, avec infiltration tuberculeuse du côté droit. Lobe inférieur du même poumon plus dense, ne crépitant pas, peu friable, surnageant sur l'eau et laissant suinter un liquide foncé.

Le cœur est d'un petit volume ; ses parois sont pâles, ses valvules saines.

Abdomen.—Rien dans le péritoine, sauf des adhérences celluleuses transparentes et faibles entre la face convexe du foie et du diaphragme. Le foie déborde les côtes, il est jaune et graisse le scalpel. La rate et les reins sont sains. La vessie contient un demi-verre d'urine, sa face interne est pâle, ses parois ne sont ni épaissies, ni indurées. L'intestin contient un peu de matières grisâtres liquides. Le gros intestin a ses parois d'épaisseur normale ; la muqueuse en est pâle, les lambeaux ont 1 à 2 centimètres. Dans l'iléon, la face interne présente, dans l'espace d'un demi-mètre, un ramollissement avec amincissement de sa muqueuse. Dans un point se trouve une ulcération n'intéressant que la muqueuse (qui est rouge tout autour). Le fond de cette ulcération n'a pas plus d'un millimètre de diamètre. Dans tout l'espace indiqué de l'iléon, la paroi intestinale est mince et fournit des lambeaux de plus de 5 millimètres. L'estomac est sain.

L'utérus et ses annexes ont leur volume normal (hauteur de l'utérus, 4 centimètres et demi). Les parois de cet organe sont saines comme son col et sa cavité. Il en est de même du vagin, dont la muqueuse, de 2 millimètres d'épaisseur et d'un blanc jaunâtre à la coupe, a une consistance égale partout.

Affection extérieure du pourtour de la vulve et de l'anus. — J'insiste avant tout sur ce fait, qu'en enlevant la peau qui était le siége de la maladie, nulle part au-dessous le tissu cellulaire sous-cutané, et par conséquent les

parties situées plus profondément, n'ont été trouvés malades. C'est donc le derme qui, pendant vingt ans, a été le siége exclusif des tumeurs.

Comme les différences de structure dans un grand nombre d'endroits divers ne varient que d'épaisseur, nous pouvons les décrire ensemble, en ajoutant seulement le minimum et le maximum d'étendue. Nous avons étudié sur des coupes verticales et horizontales la structure des pièces fraîches intactes et des pièces soumises, soit à la coction dans de l'eau bouillante, soit à la macération dans de l'acide acétique (1).

L'examen du tissu, fait d'abord à la loupe et avec de faibles grossissements microscopiques, montre à la surface des endroits non ulcérés un réseau abondant de vaisseaux. Avec des grossissements plus forts (500 diamètres), on peut se convaincre que les éléments qui recouvraient les ulcérations ne sont que du pus avec ses globules, et de l'épiderme avec ses feuillets et ses cellules.

En pratiquant des coupes verticales, on voit successivement une couche épidermique homogène, une couche très vasculaire, une couche épidermique ondulueuse, formant des capuchons sur les papilles, et ensuite celle-ci se continuant à leur base dans les fibres horizontales du derme, dont les couches profondes sont unies par places au tissu cellulaire sous-cutané. La teinte des couches épidermiques et des papilles est d'un jaune clair ; celle du derme, d'un blanc mat. La pression n'en fait sortir aucun liquide ni suc. L'épaisseur de la couche épider-

(1) La coction avait l'avantage de durcir suffisamment le tissu pour en prendre des tranches très fines; l'emploi de l'acide acétique présentait celui de rendre les morceaux et les tranches bien plus transparentes. L'étude sur des pièces non soumises à un procédé chimique servait enfin de base et de contrôle à tout l'examen.

mique varie entre 1 et 3 millimètres; celle du derme entre 5 millimètres à 2 centimètres et au delà.

Au-dessous de l'épiderme, on peut mettre à nu, par la dissection, des papilles coniques légèrement pointues à leur extrémité, et formées dans leur intérieur d'un tissu fibreux qui renferme un certain nombre de noyaux fibro-plastiques. Le derme, enfin, ne montre qu'un feutrage de tissu fibrillaire. Les couches horizontales montrent fort bien la coupe des papilles et des vaisseaux dont plusieurs sont contenus dans chaque papille. Dans quelques préparations, on peut reconnaître les conduits excréteurs des glandes sudoripares et sébacées.

Nulle part on ne voit, ni à l'œil nu, ni au microscope, les éléments caractéristiques du squirrhe ou de l'encéphaloïde.

Quant aux cellules épidermiques et aux fibres des tumeurs, elles sont celles que l'on rencontre généralement dans la peau, notablement augmentées seulement dans leur quantité. Tous les éléments visibles soit à l'œil nu, soit à la loupe ou au microscope, sont également ceux de la peau normale, mais très hypertrophiés et devenus en partie méconnaissables par leur forte vascularisation et par le travail d'ulcération.

Réflexions.

Nous avons affaire ici à une de ces maladies qui offrent avec le cancer à la fois des analogies et des différences.

Nous comptons parmi les premières la tendance du mal à se propager de proche en proche, à s'ulcérer, et à fournir des hémorrhagies pendant les derniers temps.

Quant aux différences, nous pouvons bien signaler comme telles la marche et surtout la durée de la maladie, qui a été de vingt ans. Il n'est pas moins important,

d'insister sur le fait que le mal est toujours resté local, et que non seulement il ne s'est pas manifesté de tumeurs cancéreuses dans les organes éloignés, mais que même ni les parties sous-jacentes, ni les glandes lymphatiques voisines, ne sont devenues le siége d'aucune altération. Quant à l'insuccès des opérations, il tient essentiellement au procédé opératoire fort imparfait qui a été mis en usage. De très nombreuses études sur ce genre de productions nous ont convaincu de la nécessité d'enlever, en cas pareil, la peau dans une certaine étendue, d'opérer au milieu des parties saines et de l'enlever surtout dans toute son épaisseur. La repullulation a eu lieu ici, parce qu'on n'avait coupé, pour ainsi dire, que les feuilles d'un arbre dont on avait laissé les racines. Nous insistons enfin sur le fait que l'examen anatomique, microscopique et chimique des tissus morbides après la mort, a démontré, d'un côté l'absence d'éléments cancéreux, et d'un autre, l'existence des éléments physiologiques du derme et de l'épiderme; éléments altérés, il est vrai, par un travail morbide, mais reconnaissables d'une manière non douteuse.

Un autre fait aura frappé le lecteur dans cette observation, c'est l'état de cachexie qui a terminé les jours de la malade. On ne peut l'attribuer à l'affection tuberculeuse qui n'est survenue que pendant les derniers temps, et qui elle-même a probablement été plutôt l'effet que la cause. Mais cette cachexie s'explique parfaitement, et par l'abondance de la suppuration, et par la fréquence des hémorrhagies. Ne voyons-nous pas souvent des malades succomber à des suppurations abondantes avec tous les signes du dépérissement, sans qu'on soit en droit d'admettre une cachexie tuberculeuse ou cancéreuse.

En général, dans l'état actuel de la science, on abuse du terme de cachexie. Il nous paraît de toute importance de déterminer si, dans les maladies chroniques incu-

rables, le dépérissement qui précède la mort est causé par des pertes abondantes de sang, par des suppurations copieuses, par des diarrhées opiniâtres, par la gêne fonctionnelle des organes les plus importants pour l'entretien de la nutrition, ou si elle existe malgré l'absence de toutes ces causes matérielles. Il est essentiel aussi de déterminer si la mort est causée par une altération générale de toute l'économie, sans que les désordres locaux soient suffisants pour en rendre compte.

En résumé, nous constatons de nouveau dans cette observation, comme dans les précédentes, des différences notables de structure et de marche entre cette affection cancroïde et le vrai cancer. Nous constatons ainsi de plus en plus qu'un groupe naturel de phénomènes et de lésions constitue le cancroïde comme affection foncièrement différente du cancer.

XII° OBSERVATION (1).

Cancroïde de la verge chez un homme de quarante-six ans. Chancre phagédénique syphilitique; amputation de la verge suivie de guérison, puis de récidive six mois après. Tumeur ulcérée dans l'aine. Mort. — A l'autopsie : nature épidermique des produits accidentels, infection épidermique des glandes de l'aine, et absence de tumeurs cancéreuses.

Legoupil (Jean-Philippe), âgé de quarante-six ans, d'une taille élevée, embonpoint médiocre, cheveux assez abondants, presque gris, barbe épaisse, entre le 2 novembre 1847 à l'hôpital du Midi dans le service de M. Ricord, salle n° 15.

(1) Nous avons observé ce cas en commun avec M. le docteur Leudet, alors interne de M. Ricord. C'est à son obligeance que nous en devons la première partie, qui contient les détails antérieurs à la première opération.

Il jouissait habituellement d'une bonne santé avant sa maladie actuelle. Vacciné à l'âge de quatre à cinq ans, il n'a jamais eu la variole ; vers l'âge de vingt ans, il a été atteint d'une affection peu grave, ayant nécessité à peine un court séjour au lit, et caractérisée par de petites pustules cutanées qui n'ont laissé aucune trace.

Sa mère est morte à l'âge de quarante-neuf ans d'une maladie de poitrine de courte durée qui ne la retint que quelques jours couchée. Son père, actuellement vivant, a soixante-quatorze ans.

Le malade a exercé pendant sa jeunesse la profession de cultivateur auprès de son père ; il a servi ensuite dans l'armée pendant près de six ans. Jamais, même dans son enfance, il n'a été sujet à des grosseurs à la partie antérieure ou latérale du cou. Il ne tousse pas habituellement et s'enrhume rarement; il n'a jamais craché de sang.

Il a eu dans sa jeunesse plusieurs blennorrhagies (au moins sept) qui se guérissaient facilement par un traitement émollient. Depuis l'âge de vingt-quatre ans, il vit maritalement avec une femme ; néanmoins il a fréquemment des rapports sexuels avec d'autres. La première blennorrhagie eut lieu à l'âge de vingt-cinq ans. A cette époque, il reçut dans le côté gauche de la poitrine un coup de pied de cheval, ce qui le retint six semaines à l'ambulance. A l'âge de vingt-huit ans, ulcérations de l'impasse du prépuce et du gland, nombreuses et presque indolores, bien limitées, dit-il, grisâtres, et qu'il assure avoir été des chancres. Aucun gonflement douloureux vers les régions inguinales. Les chancres guérirent, mais le malade ne sait s'il a pris du mercure. Il demeura ensuite dix ans environ sans aucune trace de maladie vénérienne ; aucun symptôme ne se manifesta vers la peau, ni vers la bouche. Il fut seulement atteint d'un écoulement d'apparence purulente à l'anus, qui jamais ne fut

constaté par un médecin et qui guérit spontanément. Dans cet espace de temps, le malade ne se rappelle pas avoir souffert de douleurs vagues ou localisées dans une partie quelconque de l'économie ; il se souvient seulement d'avoir vu diminuer sa chevelure, auparavant très fournie. Dix ans environ après les chancres dont nous venons de parler, sans s'être écorché la lèvre et sans s'être jamais livré à des habitudes contre nature, le malade s'aperçut d'une petite ulcération siégeant à la lèvre supérieure au niveau de la deuxième incisive droite. Cet ulcère, que le malade croit, sans pouvoir l'assurer, avoir débuté par la surface externe, était rougeâtre, à bords mal limités, se recouvrant de croûtes jaunâtres, et se propagea en hauteur dans la direction de la branche montante de l'os maxillaire supérieur. Le malade ne parut pas avoir perdu aucun fragment osseux par cette ulcération, qui se prolongea pendant six mois avant d'arriver à une guérison complète ; l'œil ne fut jamais malade. Jamais non plus, pendant toute la durée de la maladie, il n'y eut d'engorgement sous-maxillaire. Il fut traité par les cautérisations locales au moyen du nitrate acide de mercure, par la tisane de bardane et la salsepareille.

Aujourd'hui, en examinant le lieu occupé anciennement par cette ulcération, on trouve une cicatrice blanchâtre de forme triangulaire, la base dirigée vers la lèvre supérieure, la pointe vers le grand angle de l'œil ; d'une couleur blanchâtre, lisse par places, et à bords irréguliers. Au niveau de l'articulation des os propres du nez avec la branche montante du maxillaire supérieur, on trouve une dépression de la grandeur d'une pièce de vingt centimes, et facile à sentir avec le doigt ; l'os du nez ne paraît pas complétement détruit ; la narine est un peu moins large à droite qu'à gauche. Le malade pense aussi que l'odorat est un peu moins développé de ce côté.

Depuis 1835 jusqu'à l'été 1846, il ne s'aperçut d'au-

cune maladie syphilitique, ni d'aucune autre affection.

Dans le courant de septembre 1836, le malade remarqua une petite grosseur blanchâtre, dure, du volume d'un pois, sans douleur spontanée et à la pression, siégeant sur le côté gauche du gland, près de sa couronne. Cette petite tumeur resta dans le même état pendant trois ou quatre mois, n'inquiétant nullement le malade. Puis, sans cause connue, elle augmenta, acquit bientôt la grosseur d'une noisette, plus large au sommet qu'à la base; elle devint douloureuse, blanchâtre, semblable par son aspect à un champignon, et donnant lieu à l'écoulement d'un liquide jaune verdâtre, mais non à des grumeaux blanchâtres ou à du sang. Un médecin qu'il consulta lui fit prendre de la tisane de salsepareille et de la liqueur de Van Swiéten, puis, comme application locale, lui conseilla le nitrate acide de mercure. Pendant neuf mois que le malade continua ce traitement, la tumeur augmenta de volume, s'étendit sur la surface du gland et parvint jusqu'à un centimètre du méat urinaire, occupant encore les deux tiers du gland; le prépuce était repoussé en arrière et parfaitement sain.

Quand le malade se présenta, le 2 novembre 1847, dans le service de M. Ricord, il était dans l'état suivant :

État général satisfaisant; fonctions digestives intactes, appétit excellent; teinte pâle de la peau, mais non jaunâtre. Le gland était envahi par une plaie à bords indurés profondément dans toute l'étendue du gland; canal un peu envahi, le tiers seulement subsistant intact, le reste déjà en partie détruit. Le fond de la plaie est anfractueux, couvert par une espèce de fausse membrane grisâtre, molle, intimement adhérente aux anfractuosités nombreuses du fond et des bords de cette ulcération. Le prépuce, volumineux, dur, forme autour du gland une enveloppe qui le recouvre incomplétement; il est d'un rouge peu marqué et atteint d'un œdème

dur. Point de ganglions volumineux dans les régions inguinales; pas de ganglions cervicaux supérieurs engorgés.

On prescrit le quassia amara, et 3 grammes d'iodure de potassium par jour. Pansement avec la solution d'iode à 2 pour 100.

Le 2 novembre, M. Ricord, ayant quelques doutes sur la nature de l'ulcération, fait deux inoculations successives aux cuisses; leurs résultats ne permettent aucun doute sur la nature syphilitique du mal.

En mars 1848 (1), la verge était dans l'état suivant: Sa forme est celle d'une massue à grosse extrémité dirigée vers la partie libre; le prépuce est ramené en avant au-dessus des restes du gland; son orifice est considérablement rétréci et laisse à peine apercevoir quelques mamelons inégaux d'une couleur rougeâtre, parmi lesquels on ne distingue pas l'urètre; le prépuce et son fourreau sont extérieurement d'une couleur rouge luisante, analogue à la peau érysipélateuse. A peu près à un centimètre et demi de l'extrémité libre, on rencontre deux petites fistules qui donnent écoulement à un peu de liquide transparent nullement fétide, quelquefois à un liquide ayant l'aspect de l'urine. La consistance de ces parties est uniformément dure au toucher, sans bosselure, sans empâtement marqué; la pression, non douloureuse, fait disparaître la rougeur, qui reparaît immédiatement dès que la pression cesse. L'épaisseur des téguments de la verge diminue insensiblement vers le pubis, où elle se termine. Sur une longueur de la verge de 0m,08 dans l'état flasque, on en trouve 0m,06 atteints d'induration; près de l'ouverture du prépuce, la circonférence de la verge est de 0m,135; à 0m,04

(1) Les notes sur la marche de la plaie ont manqué depuis novembre 1847 jusqu'au mois de mars suivant dont il est ici question.

au-dessous, de $0^m,12$; près de la racine enfin, de $0^m,09$.

A en croire le malade, l'induration aurait déjà occupé au mois de septembre dernier le tiers de la longueur de la verge, et à peu près les deux tiers quand il fut admis au mois de novembre à l'hôpital. Actuellement, un centimètre à peu près du pénis, vers sa base, paraît dépourvu d'induration. Les deux ouvertures fistuleuses sont situées à la même hauteur sur la partie latérale droite et supérieure de la verge; leur orifice, très petit et légèrement taillant, permet l'introduction d'un stylet dans une longueur de $0^m,015$ environ. Ces ouvertures se sont formées depuis deux mois et demi environ et ont donné lieu à l'écoulement d'une matière pyo-sanguinolente. Il y a un mois, sans cause connue, la verge se tuméfia considérablement et la rougeur devint extrême, avec une sensation de chaleur brûlante et élancement. Des émollients firent disparaître ces accidents en douze à quinze jours; l'épiderme tomba.

Pendant quinze jours que ce malade fut soumis à notre observation, avant l'opération dont il va être question, aucun phénomène nouveau ne se produisit dans l'état local ou général. Jamais le malade n'accusa aucune difficulté dans l'émission des urines.

Opération. — Le 28 mars 1848, M. Ricord pratiqua l'amputation de la verge d'après le procédé ordinaire, légèrement modifié par le docteur Melchior Robert. On soumit le malade aux inhalations du chloroforme, et l'opération ne présenta rien de particulier, si ce n'est que la sonde fut arrêtée dans la région prostatique par un obstacle dur qu'on n'essaya pas de franchir, et que la plaie de l'amputation présenta, au niveau des corps caverneux, des points durs de nature suspecte, et qui furent enlevés par M. Ricord.

Description anatomo-pathologique. — La portion de verge enlevée avait une longueur de $0^m,058$, et compré-

nait $0^{m},032$ du corps caverneux. Dans son plus grand diamètre, la verge avait $0^{m},045$.

Le prépuce est gonflé. Ses bords ont de $0^{m},01$ à $0^{m},015$ d'épaisseur ; ils sont durs, blanchâtres, sans mamelonnements évidents, excepté à la partie inférieure, où l'on trouve quelques inégalités produites comme par le plissement des tissus les plus internes, La consistance de ces bords est assez grande, analogue à celle du squirrhe, mais ne criant pas sous le scalpel. Il suinte de l'incision un liquide peu abondant, inodore, parfaitement transparent, et les surfaces incisées laissent voir un tissu blanchâtre, strié, d'une couleur nacrée, nullement grisâtre.

Le prépuce, tel que nous venons de le décrire, entourait une cavité au fond de laquelle étaient plusieurs saillies, dont deux plus volumineuses correspondaient, la plus inférieure à l'extrémité du canal de l'urètre, la plus supérieure à celle des corps caverneux. Cette dernière, de beaucoup la plus considérable, ayant la forme d'un cône tronqué, était blanchâtre, dure, consistante au toucher, d'un aspect lardacé, sans aucune trace d'organisation, assez bien isolée de l'autre éminence et du prépuce qui, à ce niveau, et dans le reste de sa longueur, n'offre plus l'altération signalée plus haut ; il est assez adhérent aux corps caverneux malades, mais peut facilement en être séparé au moyen du scalpel.

Les corps caverneux ont perdu complétement leur apparence spongieuse érectile ; ils sont durs au toucher ainsi qu'à la coupe, et ne contiennent aucune cavité dans leur intérieur.

L'urètre n'a été incisé que dans une longueur de $0^{m},015$; il se termine dans le mamelonnement inférieur que nous avons déjà décrit, taillé en biseau aux dépens de sa face supérieure. Il est à son intérieur d'un rouge

peu marqué, souple au toucher et mobile sur les tissus sous-jacents, dont on le sépare facilement au moyen de la dissection.

Nous avons examiné cette altération au microscope. Le tissu du prépuce, comme l'altération des corps caverneux, était de la même nature. Avec un faible grossissement, on apercevait comme des globules, qu'un grossissement considérable montrait être constitués par des lamelles épidermiques accolées; par places on trouvait quelques fibres élastiques. Nulle part il n'y avait de cellules cancéreuses caractéristiques. Le fond de la cavité, dont les parois étaient constituées par le prépuce, laissait suinter un liquide pyo-sanguinolent, que l'examen microscopique montra contenir réellement du pus.

L'état du malade après l'opération fut très satisfaisant. La cicatrisation de la plaie se fit régulièrement; elle était complète dès le 14 avril, et le malade quitta l'hôpital le 19, en apparence très bien guéri. Les ganglions inguinaux ne présentaient aucun changement de volume.

Nous avions constaté, en examinant la pièce, l'existence d'amas épidermiques sur la coupe même des corps caverneux, ce qui nous fit aussitôt mal augurer des suites de l'opération. En effet, au bout de trois mois seulement, le malade revint à l'hôpital avec une récidive, et l'on constata l'existence d'une ulcération à la base de la verge tout autour de la cicatrice, et en outre une tumeur glandulaire dans l'aine gauche, de dimensions notables, et qui bientôt s'ulcéra à sa surface et se transforma en un ulcère creux assez volumineux pour loger un œuf de poule. La santé générale du malade commença dès lors à s'altérer.

Comme à l'hôpital on regardait cette récidive comme une preuve certaine de la nature vraiment cancéreuse de l'affection première; cependant nous avons examiné à plusieurs reprises cet ulcère glandulaire au microscope,

et constaté d'abord à la surface interne de l'ulcère, à peu près l'absence de pus, mais de l'épiderme altéré, et, dans les parois, du tissu épidermique caractérisé par des feuillets et beaucoup de globes concentriques d'épiderme.

Pendant les mois qui suivirent cette seconde admission, l'abcès glandulaire de l'aine gauche avait pris de grandes dimensions et avait successivement envahi la majeure partie de la région inguinale. Cet ulcère fournissait une suppuration sanieuse, fétide, et présentait une apparence putride, un fond et des parois mollasses et d'un gris noirâtre. Les glandes inguinales du côté opposé ont été également envahies ; il s'y est formé une tumeur composée de plusieurs glandes lymphatiques dont l'ensemble a peu à peu atteint le volume d'un œuf de pigeon. Le tronçon de la verge s'est également transformé en un ulcère creux et putride.

Le malade, après avoir présenté les signes de l'infection putride, un affaiblissement graduel, un affaissement notable et une fièvre continue, a succombé le 27 novembre 1848, sans grandes souffrances, et sans être arrivé à un degré très avancé de marasme. La mort a eu lieu dix mois après l'opération.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

La température n'étant que de quelques degrés au-dessus de zéro, il n'y a que bien peu de traces de putréfaction.

Après avoir examiné successivement tous les organes, nous constatons, M. Leudet et moi, l'absence de toute tumeur cancéreuse ou autre, éloignée du siége et des environs du mal local. Nous trouvons également tous les organes internes dans leur état presque physiologique. A la surface du poumon gauche, nous constatons d'abord des adhérences celluleuses, peu fortes du reste, qui

sont probablement les traces d'une ancienne pleurésie; de plus, le lobe inférieur de ce poumon est dans un état d'engorgement qui offre les caractères de la pneumonie au premier degré. Le foie, petit et décoloré sans être gros, renferme dans un point un de ces petits amas cristalloïdes du volume d'une lentille environ, que l'on rencontre si fréquemment dans cet organe. Rien de particulier dans le cœur, les gros vaisseaux, l'estomac, les intestins, la rate et les reins.

Le point important de cette nécropsie est l'examen des organes malades pendant la vie.

La surface du tronçon de la verge est occupée par un ulcère sanieux et fétide, d'un jaune grisâtre, au milieu duquel l'urètre est intact. Le reste des corps caverneux est transformé, dans une étendue de deux centimètres carrés environ, en une substance blanche, ferme, mais friable et assez facile à écraser, non infiltrée de suc, et donnant au grattage des grumeaux feuilletés de tissu épidermique. Sur une coupe fraîche de cette substance, on ne voit qu'une bien petite quantité de vaisseaux. Au-dessous de l'endroit où la verge s'attache au pubis, se trouve une petite exostose de 7 à 8 millimètres carrés, située sur la branche montante du côté gauche. La peau du scrotum est légèrement indurée à la base de la verge, mais non ulcérée et non infiltrée d'épiderme. Les testicules et les cordons spermatiques sont parfaitement sains.

L'ulcère de l'aine gauche a environ un décimètre carré d'étendue; il offre une surface fongueuse, irrégulièrement bosselée, d'une consistance molle, d'une teinte d'un gris verdâtre, jaune par places. Sa surface est humectée par un pus fétide et sanieux. En haut, l'ulcère s'étend jusqu'à l'os iliaque en dehors jusqu'à la limite externe de la cuisse, et en dedans presque jusqu'au scrotum. La base de l'ulcère a 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Il est d'un blanc mat, granuleuse, non infiltrée de

et constaté d'abord à la surface interne de l'ulcère, à peu près l'absence de pus, mais de l'épiderme altéré, et, dans les parois, du tissu épidermique caractérisé par des feuillets et beaucoup de globes concentriques d'épiderme.

Pendant les mois qui suivirent cette seconde admission, l'abcès glandulaire de l'aine gauche avait pris de grandes dimensions et avait successivement envahi la majeure partie de la région inguinale. Cet ulcère fournissait une suppuration sanieuse, fétide, et présentait une apparence putride, un fond et des parois mollasses et d'un gris noirâtre. Les glandes inguinales du côté opposé ont été également envahies; il s'y est formé une tumeur composée de plusieurs glandes lymphatiques dont l'ensemble a peu à peu atteint le volume d'un œuf de pigeon. Le tronçon de la verge s'est également transformé en un ulcère creux et putride.

Le malade, après avoir présenté les signes de l'infection putride, un affaiblissement graduel, un affaissement notable et une fièvre continue, a succombé le 27 novembre 1848, sans grandes souffrances, et sans être arrivé à un degré très avancé de marasme. La mort a eu lieu dix mois après l'opération.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

La température n'étant que de quelques degrés au-dessus de zéro, il n'y a que bien peu de traces de putréfaction.

Après avoir examiné successivement tous les organes, nous constatons, M. Leudet et moi, l'absence de toute tumeur cancéreuse ou autre, éloignée du siége et des environs du mal local. Nous trouvons également tous les organes internes dans leur état presque physiologique. A la surface du poumon gauche, nous constatons d'abord des adhérences celluleuses, peu fortes du reste, qui

sont probablement les traces d'une ancienne pleurésie; de plus, le lobe inférieur de ce poumon est dans un état d'engorgement qui offre les caractères de la pneumonie au premier degré. Le foie, petit et décoloré sans être gros, renferme dans un point un de ces petits amas cristalloïdes du volume d'une lentille environ, que l'on rencontre si fréquemment dans cet organe. Rien de particulier dans le cœur, les gros vaisseaux, l'estomac, les intestins, la rate et les reins.

Le point important de cette nécropsie est l'examen des organes malades pendant la vie.

La surface du tronçon de la verge est occupée par un ulcère sanieux et fétide, d'un jaune grisâtre, au milieu duquel l'urètre est intact. Le reste des corps caverneux est transformé, dans une étendue de deux centimètres carrés environ, en une substance blanche, ferme, mais friable et assez facile à écraser, non infiltrée de suc, et donnant au grattage des grumeaux feuilletés de tissu épidermique. Sur une coupe fraîche de cette substance, on ne voit qu'une bien petite quantité de vaisseaux. Au-dessous de l'endroit où la verge s'attache au pubis, se trouve une petite exostose de 7 à 8 millimètres carrés, située sur la branche montante du côté gauche. La peau du scrotum est légèrement indurée à la base de la verge, mais non ulcérée et non infiltrée d'épiderme. Les testicules et les cordons spermatiques sont parfaitement sains.

L'ulcère de l'aîne gauche a environ un décimètre carré d'étendue; il offre une surface fongueuse, irrégulièrement bosselée, d'une consistance molle, d'une teinte d'un gris verdâtre, jaune par places. Sa surface est humectée par un pus fétide et sanieux. En haut, l'ulcère s'étend jusqu'à l'os iliaque en dehors jusqu'à la limite externe de la cuisse, et en dedans presque jusqu'au scrotum. La base de l'ulcère a 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Il est d'un blanc mat, granuleuse, non infiltrée de

suc et entièrement composée d'éléments épidermiques, comme le tissu du tronçon de la verge. La surface de l'ulcère, molle et verdâtre, forme une couche de 4 à 5 millimètres d'épaisseur; elle est composée de bourgeons charnus blafards et mollasses.

Le paquet des glandes inguinales du côté droit, qui a le volume d'un œuf de pigeon à peu près, occupe verticalement le milieu du pli inguinal. On peut facilement l'isoler de tous les côtés par la dissection, et l'on reconnaît alors que toute la tumeur est formée par la réunion de quatre ou cinq ganglions lymphatiques dont le volume varie entre celui d'une fève et celui d'une amande; ils sont réunis entre eux par du tissu cellulo-graisseux.

En pratiquant une coupe verticale sur toutes ces glandes, on constate les particularités suivantes : Un des ganglions lymphatiques offre un tissu glandulaire sain dans les deux tiers de la circonférence, mais il renferme à son centre un tissu d'un blanc mat, sec, creusé d'une petite cavité pouvant loger une lentille, et située à peu près au milieu de ce tissu de nouvelle formation, dans lequel il y a absence complète de vaisseaux. Une autre glande, plus volumineuse, renferme un dépôt semblable, arrondi, mais beaucoup plus étendu, et où se trouvent également trois ou quatre petites cavités rondes ou allongées, et de même dimension que la précédente. Dans un troisième ganglion lymphatique, tout le tissu propre a presque disparu, et il est remplacé par la production nouvelle. Enfin, dans un quatrième ganglion, envahi en majeure partie par le tissu épidermoïdal, on voit au centre une matière demi-liquide d'un blanc crémeux qui diffère du pus par sa teinte plutôt que par sa consistance; les parois de la petite cavité qui renferme cette matière sont formées par un tissu grumeleux. Il est à remarquer enfin qu'à la circonférence de cette même glande, le tissu est plus ferme et plus sec.

Nous avons donc eu sous les yeux un tissu qui offrait quelque ressemblance avec le tubercule, d'un aspect blanc homogène, non vasculaire, sec, un peu luisant, creusé par places de petites cavités qui, en s'agrandissant, auraient probablement donné lieu à des ulcères glandulaires tels que celui de l'aine gauche.

L'examen microscopique montre, à n'en pas douter, que le tissu qui sert de base à l'ulcère inguinal gauche, aussi bien que celui des ganglions lymphatiques de l'aine droite, et que le tissu du tronçon de la verge, sont essentiellement formés d'éléments épidermiques. On voit généralement partout un épithélium pavimenteux à cellules volumineuses de 0mm,04 à 0mm,05, allongées ou ovoïdes. Les cellules de dimension plus petite varient entre 0mm,02 et 0mm,03, sont rondes et renferment un noyau granuleux entouré d'un cercle transparent et variant entre 0mm,05 et 0mm,01. Beaucoup de ces cellules ont subi une infiltration graisseuse, soit parfaitement homogène, soit granuleuse. L'aspect de ces feuillets épidermiques varie à l'infini selon qu'on les voit de face ou de profil, selon qu'ils ont ou qu'ils n'ont plus de noyaux dans leur intérieur. On constate de plus de très nombreuses agminations épidermiques longues ou allongées, à couches concentriques, forme que nous avons désignée sous le nom de globes épidermiques. La composition épidermique est, du reste, la même, dans tous les points malades ; seulement, il m'a paru que l'infection granuleuse et graisseuse était d'autant plus prononcée que le tissu épidermique était plus ramolli et plus diffluent.

Réflexions.

Le cas dont nous venons de rapporter les longs détails est sans contredit un des plus instructifs dans l'histoire générale des cancroïdes. De plus, il a été le premier qui

nous ait montré toutes les phases que peut présenter l'affection épidermique des glandes lymphatiques pendant la vie, et toutes ses altérations après la mort.

Lorsque, dans les premiers temps, ce cas a été observé par M. Ricord, il existait, on se le rappelle, un chancre phagédénique à la surface du cancroïde, dont l'inoculation a mis hors de doute la nature virulente. On a vu dans cette coïncidence une preuve certaine contraire à l'assertion de M. Auzias-Turenne, que le cancer et le chancre s'excluent mutuellement. Sans attacher une grande importance aux lois d'exclusion en général et à celle-ci en particulier, nous devons dire cependant que dans le cas actuel, on n'a pas la preuve du contraire, vu qu'il s'agit d'un cancroïde et non d'un cancer.

Bien qu'il soit difficile de décider quelle part il faut faire, dans cette observation, à l'influence syphilitique sur la marche du cancroïde, il est certain cependant que la récidive a suivi de bien près la première opération. Cela n'a rien d'étonnant lorsqu'on tient compte du fait que le mal n'a pu être enlevé en totalité ; car des masses épidermiques existaient à la surface même de la coupe des corps caverneux. Toutefois la marche envahissante de la région inguinale s'est faite avec une effrayante rapidité, et ici nous voyons toute la valeur de l'analyse microscopique, qui, au plus fort de la fonte putride de la tumeur glandulaire de l'aine, n'a pas cessé de fournir les preuves les plus positives de la nature purement épidermique et cancroïde de cette affection. Ce résultat de l'observation a été pleinement confirmé dans la suite, par l'absence de toute tumeur éloignée du siége primitif de la maladie.

En dernier lieu, nous ferons observer que nous pouvons suivre, dans ce cas, toutes les phases de l'infection épidermique des glandes : 1° dépôt d'une matière sèche, blanche, entièrement composée d'épiderme ; 2° ramol-

lissement et liquéfaction partielle de ce tissu, en même temps que les feuillets qui subissent cette altération s'infiltrent de graisse ; 3° inflammation suppurative d'un ganglion infecté d'épiderme avec fonte putride de la tumeur. En dernière analyse, ce fait vient donc pleinement confirmer nos doctrines sur le cancroïde.

Maintenant que nous avons fourni des exemples des différentes formes que présentent les cancroïdes cutanés, voyons quelles conclusions plus générales on peut tirer de l'ensemble des faits.

DEUXIÈME PARTIE.

Nous avons, dans cette deuxième partie, à exposer l'analyse de l'ensemble des faits que nous avons recueillis sur les cancroïdes cutanés, et qui sont au nombre de soixante-cinq. Mais comme, sous certains rapports, cette analyse porterait sur des nombres par trop limités d'observations, il ne sera question, dans ce qui va suivre, que des généralités les plus importantes, telles que celles relatives à l'âge des sujets affectés, à leur sexe, au siége du cancroïde, à sa durée, et enfin à sa marche (1).

1° *Age des sujets atteints de cancroïde cutané.* — Il a été noté dans 59 cas, et, bien que nous ayons rencontré le cancroïde, en général, plus souvent dans la première moitié de la vie que le cancer, nous ne constatons cependant pas de différences bien notables sous ce rapport.

La plus grande fréquence pour le cancroïde des lèvres se trouve entre quarante et cinquante ans; pour celui de la face, entre cinquante-cinq et soixante-quinze; pour celui de la verge, entre quarante-cinq et cinquante. L'âge de la plus grande fréquence de l'ensemble de ces localisations, enfin, se rencontre entre quarante et cinquante ans; en sorte, que le cancroïde est, tout aussi bien que le cancer, une maladie qui atteint de préférence la seconde moitié de la vie.

(1) Pour plus de détails, nous renvoyons à notre *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer*, Paris, 1851.

Voici le tableau synoptique des relevés de nos observations sur ce point.

TABLEAU I.

AGE.	CANCROIDE					Totaux.
	des lèvres.	de la face.	de la verge.	de la vulve.	du tronc et des membres	
3 ans. . . .	»	»	»	1	»	1
20 à 30. . .	»	»	2	2	»	4
30 à 40. . .	3	1	1	1	1	7
40 à 50. . .	9	4	4	»	1	18
50 à 60. . .	2	4	1	»	2	9
60 à 70. . .	3	5	1	»	1	10
70 à 80. . .	»	6	»	»	2	8
80 à 90. . .	»	1	»	»	1	2
Totaux. .	17	21	9	4	8	59

2° *Sexe.* — Quant au sexe, il a été noté dans soixante et une de nos observations sur le cancroïde cutané. Envisagés en masse, ces faits offrent le résultat curieux d'une répartition à peu près égale pour les deux sexes, à savoir : trente et un hommes et trente femmes. Mais quelle opposition entre les deux sexes, pour les différentes localisations! Nous avons noté le cancroïde de la lèvre inférieure quinze fois sur des hommes, et trois fois, seulement, sur des femmes; tandis que le cancroïde du reste de la face a été noté dix-huit fois sur des femmes et quatre fois seulement sur des hommes, chiffre qui perd cependant beaucoup de sa valeur, en raison de cette circonstance, que nous avons recueilli beaucoup de ces observations à l'hospice de la Salpêtrière, destiné, comme on sait,

exclusivement aux femmes. Malgré cette circonstance, le cancroïde de la verge a été plus fréquent que celui de la vulve, comme 9 est à 4. Quant au cancroïde du tronc et des membres, sur huit cas il y a eu cinq femmes et trois hommes. Voici, du reste, l'ensemble de ces résultats.

TABLEAU II.

CANCROIDE.	Hommes.	Femmes.	Totaux.
Des lèvres.	15	3	18
De la face.	4	18	22
De la verge.	9	»	9
De la vulve.	»	4	4
Du tronc et des membres.	3	5	8
Totaux. . .	31	30	61

La comparaison de ces données numériques avec celles du cancer ne nous offrirait guère de résultats d'une valeur absolue ; aussi nous bornons-nous à signaler ces faits de cancroïde tels qu'ils se sont présentés à notre observation, sans leur attribuer une trop grande valeur générale.

3° *Siége du cancroïde cutané.* — Par rapport aux parties qu'il affecte, le cancroïde de la peau offre des particularités assez remarquables. La tête et les organes de la génération en sont le siége de prédilection. Ces deux régions comprennent les 11/13es de toutes nos observations, au nombre de soixante-cinq, et il ne reste que la proportion des 2/13es (dix cas) pour la vaste surface du tronc et des membres.

La proportion est loin d'être la même entre la face et les organes de la génération. La face en constitue le véritable siége de prédilection, à tel point que nous y trou-

vons quarante-deux de nos soixante-cinq cas. Si nous partageons la face en deux régions, celle des lèvres et celle du reste de la figure, nous trouvons presque une répartition égale; vingt cas pour les lèvres et vingt-deux pour le reste de la face. Il reste alors treize cas pour les organes de la génération dont neuf pour la verge et quatre pour la vulve. Nous n'avons pas observé nous-même le cancroïde du scrotum (cancer des ramoneurs, des auteurs anglais); mais notre opinion, émise depuis longtemps, que, dans ces cas, il s'agissait probablement d'une affection cancroïde et non d'un véritable cancer, a été confirmée, dans ces dernières années, par M. Bennett, d'Édimbourg, et par M. Giraldès. Le tableau suivant résume cette différence de siége.

TABLEAU III.

CANCROIDE.	Nombres de cas.	Totaux.
Des lèvres	20	42 (face en général).
De la face (les lèvres exceptées).	22	
De la verge.	9	13 (organes génitaux).
De la vulve.	4	
Du tronc et des membres. . .	10	10
Total. . .	. . . .	65 cas.

Sans nous faire illusion sur la valeur simplement approximative de ces chiffres, relatifs à des observations recueillies tout à fait au hasard, nous ferons remarquer que les proportions générales qui en découlent ne sont pas sans quelque importance, puisqu'elles concordent tout à fait avec les travaux dus à des hommes très expérimentés en cette matière.

Si nous entrons dans quelques détails sur les localisations du cancroïde de la peau, nous trouvons en premier lieu celui de la face et, à sa première sous-division, le cancroïde des lèvres. Nous avons recueilli vingt observations sur cette affection, et toutes se rapportent à la lèvre inférieure, tandis que, sur neuf cas de véritable cancer des lèvres, il y en avait six seulement qui siégeaient à la lèvre supérieure. Le nombre total des cancroïdes des lèvres dont j'ai fait, en outre, l'examen microscopique, dépasse aujourd'hui le chiffre 30, et tous avaient également leur siége à la lèvre inférieure. Par conséquent le chirurgien, consulté pour une affection douteuse des lèvres, peut déjà présumer la nature cancroïde de la maladie, par le fait seul qu'elle aurait son siége à la lèvre inférieure. Le cancroïde de la lèvre inférieure débute comme tumeur saillante, grenue, à aspect papillaire au début. Il avait, treize fois sur vingt, son siége sur la face externe de la lèvre, soit sur le milieu, soit près d'une des commissures; et, dans ce dernier cas, il s'étendait toujours à la joue. Chez quatre malades, le produit accidentel avait largement envahi le bord libre de la lèvre, deux fois il y avait à peu près son siége exclusif, et une fois il était localisé à la face postérieure de la lèvre. La tendance ulcéreuse est telle dans cette localisation du cancroïde que, douze fois, à des degrés divers, le cancroïde était ulcéré, et plusieurs fois l'ulcère avait fini par acquérir des dimensions très considérables.

Voici maintenant ce que nos relevés nous apprennent au sujet des vingt-deux cas de cancroïde de la face, la lèvre exceptée. Sept fois le siége était au nez, dont trois fois sur l'aile droite, trois fois sur la gauche et une fois au milieu. Six fois les paupières en étaient le point de départ, dont une fois avec destruction telle que les deux yeux avaient disparu. J'ai observé depuis cette époque un cas semblable, dans lequel un des yeux avait subi le

même sort. Cinq fois le cancroïde siégeait à la joue, une fois à la base du nez et à la lèvre supérieure, une fois au front, deux fois à la région temporale. Le nez et les paupières ont donc également une singulière prédilection pour le cancroïde de la face.

Quant au cancroïde de la verge, il y a une distinction importante à établir par rapport au siége, celle de savoir si c'est le prépuce ou le gland qui en est le point de départ. Sur neuf cas, trois fois le siége exclusif était au prépuce, deux fois au gland et au prépuce, trois fois au gland seul avec extension aux corps caverneux dans un cas; enfin, chez un autre sujet, la surface externe du pénis, le gland et le prépuce, étaient couverts de végétations cancroïdes.

Les quatre cas de cancroïde végétant de la vulve étaient répartis de la manière suivante : deux fois les petites lèvres en étaient le point de départ; une fois le mal partait de la petite lèvre gauche, contournait le prépuce du clitoris, et avait fini par envahir toute cette région; une fois, enfin, le mal avait débuté par la face externe de la grande lèvre gauche et avait envahi, dans l'espace de vingt ans, toute la région génitale externe depuis le haut du pubis jusqu'au pourtour de l'anus.

Le cancroïde du tronc et des membres montre une prédilection marquée pour les mains et les pieds. Sur dix cas, trois présentaient, comme siége de la maladie, le dos de la main ; trois le pied, dont deux fois le talon. Les quatre cas qui restent étaient localisés à l'épigastre, au dos, sur les parois de la poitrine et à la région pubienne.

Si nous comparons, par rapport au siége, le cancroïde cutané avec le cancer de la peau, nous constatons des différences peu marquées, et bien moins appréciables que celles que nous établirons à propos de sa durée. Sur vingt cas de cancer primitif de la peau, onze avaient leur

siége à la face, six à la lèvre inférieure, trois à la lèvre supérieure, et deux sur les lobes du nez. Les neuf autres cas étaient répartis : quatre sur la verge, trois à la face externe de la vulve, un à la région épigastrique, et un à la peau de la jambe. La face et les organes externes de la génération paraissent donc, comme pour le cancroïde, être le siége de prédilection du cancer de la peau.

4° *Durée.*—La durée du cancroïde cutané est en général beaucoup plus longue que celle du cancer. Si nous prenons la durée moyenne de cinquante observations de cancroïde de la peau jusqu'au moment où nous avons perdu les malades de vue, ou jusqu'à leur mort, soit par suite de l'opération, soit par suite des derniers progrès de la maladie, nous trouvons encore, malgré la durée incomplétement connue dans un certain nombre de ces faits, une moyenne de *six ans et demi*. Des différences notables existent à cet égard selon la localisation du cancroïde. C'est ainsi que les cancroïdes de la lèvre inférieure et de la verge offrent à peu près comme moyenne trois ans 2/5, tandis que pour le cancer de la face, la lèvre exceptée, la durée est de neuf ans 7/12.

La durée moyenne a été la suivante pour chaque espèce de cancroïde :

Cancroïde	de la lèvre inférieure. . .	3 ans 2/5.
—	de la verge.	3 ans 2/3.
—	du tronc et des membres.	8 ans 43/48.
—	de la vulve.	9 ans 1/6.
—	de la face.	9 ans 1/12.

Voici le tableau détaillé de cette durée.

TABLEAU IV.

DURÉE.	CANCROÏDE.					Totaux.	
	Lèvre inférieure.	Face.	Verge.	Vulve.	Tronc et membres.		
1 an. . . .	5	»	»	»	»	5	
2	5	3	2	»	1	11	
3	1	1	1	1	»	4	25
4	»	2	»	»	1	3	
5	»	1	1	»	»	2	
6 à 10. . .	3	6	2	1	1		13
11 à 15. . .	1	2	»	»	3		6
16 à 20. . .	»	2	»	1	1		4
21 à 25. . .	»	1	»	»	1		2
Totaux. .	15	18	6	3	8		50

Si nous comparons à ces résultats nos moyennes pour les localisations vraiment cancéreuses, nous arrivons à une première différence considérable, celle de la moyenne générale de dix-huit mois seulement pour le cancer, moyenne qui a varié selon la localisation entre six mois et demi et trois ans et six mois. Il est impossible de ne pas être frappé de cette différence, qui confirme le résultat déjà établi de la différence anatomique et clinique des cancroïdes et du cancer.

5° *Marche.* — Dans plusieurs des observations rapportées plus haut, nous avons seulement effleuré la question de la nature non infectieuse du cancroïde ; il nous reste, sous ce rapport, à établir plus nettement le parallèle entre le cancroïde et le cancer.

Lors de la rédaction de nos derniers travaux sur le cancroïde, nous possédions dix-huit autopsies d'indivi-

dus qui avaient succombé avec cette maladie. Nous pourrions y ajouter deux nouveaux faits aujourd'hui; mais nous préférons nous en tenir à l'ancienne analyse. Sur ces dix-huit autopsies, quatorze nous appartiennent; deux sont empruntées à la thèse de M. Mayor sur le cancer épidermique, et deux à l'excellent travail de M. Huguier sur l'esthiomène de la vulve (1).

Dans toutes ces observations, nous constatons l'absence de dépôts secondaires éloignés du siége primitif du mal. Sur les dix-huit cas, douze étaient arrivés au terme naturel de la maladie, tandis que les six autres avaient succombé à la suite des opérations; mais l'absence de généralisation, dans les uns comme dans les autres, n'est pas moins un fait de la plus haute valeur pathologique. Les dix-huit autopsies étaient réparties de la manière suivante : il y avait sept cas de cancroïde de la lèvre inférieure; deux d'ulcères chancreux du visage, dont un appartenant à M. Mayor; quatre de cancroïde de la verge, dont un appartenant au même auteur, et deux observés par moi en commun avec M. Leudet; quatre de cancroïde de la vulve, dont deux empruntés à M. Huguier; et enfin un de cancroïde de la main.

Si nous comparons ces résultats avec ceux obtenus pour le cancer de la peau, nous trouvons pour ce dernier, dans nos relevés, neuf cas de généralisation cancéreuse avec point de départ à la surface cutanée; et si nous comparons cette absence de généralisation dans le cancroïde avec la tendance constante à généralisation du cancer dans son ensemble, d'après notre tableau général de l'infection dans le cancer, nous sommes bien plus frappés de la différence.

Le chiffre moyen d'infection générale avec formation de tumeurs cancéreuses secondaires a été, d'après nos

(1) Voyez le Mémoire de M. le docteur Huguier, dans *Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1849, t. XIV, p. 501 à 596.

observations, de plus de moitié (0,56), et il a varié entre 0,33 et 0,77, comme le montre l'exposé suivant.

TABLEAU V.

VARIÉTÉS DU CANCER.	Proportion des cas avec infection.
Cancer des os.	0,77
— du foie.	0,75
— des glandes lymphatiques.	0,75
— du sein.	0,71
— des reins.	0,58
— de l'estomac.	0,57
— du testicule.	0,50
— des intestins.	0,50
— du péritoine.	0,50
— de l'utérus.	0,45
— de l'œil.	0,33
— du cerveau.	0,33
Proportion générale.	0,56

Les résultats consignés dans ce tableau sont basés sur des matériaux nombreux. Ils ajoutent, il me semble, une nouvelle preuve à la différence que j'ai cherché à établir entre le cancroïde et le véritable cancer. Cette différence sera bien plus évidente encore quand nous aurons dit dans quelles étroites limites et dans quel petit nombre de faits le cancroïde s'est propagé au delà de son siége primitif.

Cette propagation, exceptionnelle et toute locale, s'est faite de deux manières. Tantôt l'extension de proche en proche a atteint les muscles et les os; tantôt elle s'est effectuée par les lymphatiques jusqu'aux glandes corres-

pondantes de la même zone anatomique, mais pas au delà.

Si nous faisons abstraction de l'extension de l'affection cancroïde aux muscles, telle que nous l'avons observée à partir des membranes muqueuses de la langue et du col utérin, il ne nous reste, pour les cancroïdes cutanés proprement dits, que quatre cas, dont trois sont relatifs au cancroïde de la lèvre inférieure. Une fois, dans ces derniers cas, il y avait des dépôts épidermiques secondaires et multiples, disséminés à travers les muscles, et deux fois les couches musculaires étaient atteintes d'une manière diffuse, par continuité. De ces trois cas, et surtout du premier, se rapproche le fait de cancroïde de la verge dont nous avons rapporté l'observation avec détail (Obs. XII), et dans lequel il y avait des lamelles épidermiques multiples et secondaires répandues à travers les corps caverneux à la suite d'un cancroïde cutané de la verge.

La propagation aux muscles a donc existé dans 1/7e des cas de cancroïde de la lèvre inférieure, et dans 1/22e de l'ensemble de nos observations sur le cancroïde de la peau. Il est probable, toutefois, qu'à mesure que l'attention des pathologistes sera fixée davantage sur ce point, des proportions plus considérables ressortiront de l'observation. J'ai constaté le premier cette extension locale avec ses divers modes, et naturellement j'y ai fait moins attention lors de mes premières recherches que plus tard.

Le système osseux peut être atteint de deux façons différentes, dont l'une par propagation rongeante; c'est celle que j'ai constatée trois fois dans le cancroïde de la face, les lèvres exceptées, extension par ulcération qui, après avoir détruit de proche en proche la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les parties molles en un mot, a fini par envahir les os du nez et de l'orbite.

La seconde forme constitue plus particulièrement la propagation de la maladie aux os, en ce sens qu'un véritable tissu accidentel, le tissu épidermique, s'infiltre entre les lames de l'os et finit par se substituer à sa propre substance, comme le fait le tissu cancéreux. Nous possédons cinq observations dans lesquelles ce mode d'envahissement a pu être constaté, c'est-à-dire dans 1/13e des cas. C'est encore le cancroïde de la lèvre inférieure (cette localisation si dangereuse) qui fournit ici le plus fort contingent, quatre fois sur cinq. Parmi ces quatre cas, un seul appartient au maxillaire supérieur, pénétré profondément par le tissu épidermique. Les trois autres se rapportent au maxillaire inférieur. Une fois (chez le sujet de l'observation rapportée plus haut) le mal s'était étendu de haut en bas et avait fait disparaître l'os jusqu'au canal dentaire en substituant la substance épidermique à celle de l'os ; le contenu artériel et nerveux du canal dentaire était respecté. En dehors des faits analysés, nous avons observé un cas analogue tout dernièrement, dans un cancroïde gingival. Le tissu épidermique, dans cet os, était identiquement le même que celui du cancroïde de la lèvre. Une autre fois le maxillaire inférieur avait été envahi de dehors en dedans ; le tissu épidermique y pénétrait dans ce sens, après avoir usé la surface de l'os. Dans le troisième cas, l'os maxillaire inférieur était largement carié, chez un individu qui avait succombé au dernier terme d'un cancroïde de la lèvre inférieure avec vaste ulcération. Les aréoles de cet os carié renfermaient, dans bien des endroits, des grumeaux blanchâtres, entièrement composés d'épiderme. Le cinquième cas d'affection épidermique de l'os est celui d'un cancroïde du talon qui s'était étendu au calcanéum, dont la partie superficielle était, à la lettre, remplacée par du tissu épidermique.

Nous arrivons à l'infection des ganglions lymphatiques

Avant d'entrer dans quelques détails, nous pouvons ici formuler cette loi qui résulte de toutes nos observations sur ce sujet, à savoir : que *l'infection ganglionnaire, dans le cancroïde, ne dépasse point la zone anatomique des glandes lymphatiques auxquelles viennent aboutir les vaisseaux lymphatiques de la partie malade.*

Abstraction faite de l'infection épidermique des ganglions lymphatiques dans le cancroïde de la langue, nous l'avons observée quatre fois dans le cancroïde cutané, dont une fois dernièrement et en dehors des soixante-cinq observations analysées. Nous aurions donc ainsi la proportion de 1/16ᵉ à peu près.

Ces quatre cas étaient répartis de la manière suivante : deux fois c'étaient les ganglions sous-maxillaires et sous-linguaux dans des cancroïdes de la lèvre inférieure ; une fois les glandes inguinales dans un cas de cancroïde de la verge, et une fois les ganglions épitrochléens et ceux de l'aisselle, dans un cas de cancroïde du dos de la main.

Nous devons rappeler, l'autopsie ayant été faite dans ces cas, que les ganglions non seulement n'étaient point affectés plus loin que la zone anatomique, mais qu'il n'existait nulle part ailleurs de dépôts épidermiques. Nous avons discuté dans un autre travail le mode de propagation de l'affection épidermique aux glandes, nous n'avons pas par conséquent à y revenir longuement ici.

Nous devons dire quelques mots à propos des récidives après l'opération des cancroïdes. Nous avons observé des récidives fréquentes après l'extirpation de cancroïdes de la lèvre inférieure et de la verge, à cause de la dissémination de la maladie à travers les parties voisines, et sa propagation surtout aux glandes lymphatiques. Mais un point capital fait distinguer la récidive cancroïde de la récidive cancéreuse. La première a toujours lieu sur place et dans le proche voisinage de l'opération ; tandis que dans le cancer, non seulement les récidives éloignées ne sont

pas rares, mais même, au bout d'un certain temps de durée, l'apparition de tumeurs éloignées du siége primitif de la lésion est dans la marche naturelle de la maladie. D'un autre côté, nous connaissons des guérisons radicales et complètes du cancroïde, tandis que nous n'en connaissons pas une seule pour le véritable cancer. Bien que, sur les soixante-cinq malades atteints de cancroïde cutané, nous en ayons perdu un bon nombre trop tôt de vue pour porter un jugement définitif sur le résultat des opérations, bien que les récidives sur place n'aient point été rares dans les faits recueillis par nous, nous ne possédons pas moins de neuf faits, sur soixante-cinq, dans lesquels une guérison complète paraît avoir été obtenue. Plusieurs de ces cas ont été déjà communiqués avec détails, nous les rappellerons sommairement ici. Ce sont : deux cas de cancroïde de la lèvre inférieure, l'un guéri depuis dix ans, l'autre depuis quatre ans sans récidive ; deux cas de cancroïde de la verge, l'un guéri depuis cinq ans, l'autre depuis trois ans ; cinq cas enfin de cancroïde de la face, dont trois observés à l'hospice de la Salpêtrière. Chez l'une des malades, la guérison datait de cinq ans lorsque nous l'avons perdue de vue ; chez la seconde elle était encore complète après bientôt quatre ans, lors de nos dernières investigations ; chez la troisième elle s'était soutenue pendant huit ans lorsqu'en 1849 elle a succombé au choléra. Enfin deux dames, que nous avions opérées en Suisse pour des cancroïdes de la face, étaient guéries depuis sept et neuf ans, lors de notre dernier recensement statistique de ces maladies.

Pour résumer notre pensée, nous dirons que, tout en séparant franchement le cancroïde du cancer, nous ne le regardons pas pour cela, ainsi que nous l'avons dit en commençant, comme une affection bénigne. Un mal qui peut récidiver après des opérations suffisamment étendues, qui peut atteindre de proche en proche les muscles

et les os, qui peut infecter les glandes lymphatiques voisines n'est point, à coup sûr, un mal de peu de gravité ; mais outre les différences de structure et de marche clinique, une différence fondamentale sépare les deux maladies : le cancroïde est une maladie locale, qui peut s'étendre sur place, résister aux moyens de traitement et faire de grands ravages, mais une maladie toujours locale ; tandis que le cancer est d'emblée une maladie générale et à tendance infectieuse de l'économie tout entière, comme toutes nos recherches sur ce point l'ont démontré. Aussi le cancroïde est-il curable ; tandis que le cancer, malheureusement, ne l'est point dans l'état actuel de la science.

V

RECHERCHES

SUR

LE DÉLIRE AIGU DES ÉPILEPTIQUES

(MANIE INTERMITTENTE, MANIE AVEC FUREUR),

POUR SERVIR

A L'HISTOIRE DE L'ÉPILEPSIE ET DE LA FOLIE,

PAR J. COSSY,

Médecin des eaux de Lavey (Suisse), etc.

PRÉLIMINAIRES.

Parmi les médecins qui se sont occupés de l'épilepsie, il n'en est probablement qu'un bien petit nombre qui en aient poursuivi l'ingrate et difficile étude sans éprouver parfois un certain découragement. Leuret, dont la science de l'aliénation mentale déplore encore la perte, éprouvait, à coup sûr et avec vivacité, ce sentiment, lorsqu'il imprimait, il y a dix ans, en tête d'un travail resté inachevé sur cette affection : Que le médecin qui s'en occupe ne peut le faire ni sans regrets pour de longues et infructueuses recherches, ni sans une certaine répulsion; et qu'on se refuserait à l'étude de cette maladie si les in-

térêts de la science ct ceux de l'humanité n'y rappelaient sans cesse (1).

Depuis lors, heureusement, la science semble avoir fait un pas ; car aujourd'hui, grâce aux beaux et consciencieux travaux du docteur Herpin, de Genève (2), on a l'espoir fondé de voir s'effacer au moins dans une certaine mesure, ce désolant cachet d'incurabilité qu'offrait jusqu'à lui l'épilepsie. Le moment est donc venu de reprendre courage, et de chercher, avec plus de soin que jamais, à éclairer, par une rigoureuse et consciencieuse étude, les nombreux points encore incomplétement connus dans l'histoire de cette redoutable maladie. — Je dois aussi mentionner les travaux récents de MM. Moreau (3) et Delasiauve (4).

Parmi les complications, on pourrait presque dire les symptômes de l'épilepsie, les lésions si fréquentes des facultés intellectuelles ne sont pas les moins remarquables. Elles sont le trait d'union qui joint l'épilepsie et la folie, et se présentent, comme on le sait, sous les formes les plus variées et à tous les degrés : depuis le simple affaiblissement de l'intelligence et de la mémoire, jusqu'à la démence la plus profonde ; depuis l'agitation passagère, plus ou moins intense qui, parfois, suit l'accès convulsif et ne dure qu'un instant, jusqu'à ce délire moins éphémère, tantôt calme et tranquille, tantôt expansif et parfois avec ces emportements furieux, si justement redoutés des personnes attachées aux soins des malades.

C'est sur ce délire seulement, et non sur l'ensemble

(1) Leuret, *Recherches sur l'épilepsie* (*Achiv. de méd.*, mai 1843).

(2) *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*, Paris, 1852, in-8.

(3) *De l'étiologie de l'épilepsie et des indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement de cette maladie* (*Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, Paris, 1854, t. XVIII, p 1 à 175).

(4) *Traité de l'épilepsie*, Paris, 1854, in-8.

des lésions intellectuelles que je viens d'énumérer, que portent mes recherches. Le sujet n'en est pas nouveau sans doute, puisque cette complication a été signalée par tous les médecins qui ont écrit sur l'épilepsie; mais, ou bien les auteurs se sont bornés à une description succincte, et dès lors nécessairement incomplète, ou bien ils ont compris et confondu son histoire dans celle de la manie avec laquelle ses rapports symptomatologiques sont, il est vrai, nombreux et incontestables. Mais ces rapports fussent-ils aussi intimes qu'on peut le supposer, plus intimes qu'ils ne le sont peut-être en réalité, qu'ils ne sauraient justifier une description commune. Le délire qui nous occupe se développant sous l'influence d'une cause première, l'épilepsie, on ne saurait se dispenser d'étudier avec un soin extrême non seulement les conditions qui, chez certains épileptiques, en favorisent de préférence le développement, mais encore la marche de l'épilepsie elle-même pendant le délire et dans ses intervalles l'influence qu'elle apporte et qu'elle peut en recevoir à son tour, etc.

Je n'aurai pas, à beaucoup près, la satisfaction de pouvoir résoudre toutes ces questions. Leur solution suppose des recherches très étendues et l'observation suivie des mêmes malades pendant un temps beaucoup plus considérable que celui dont j'ai pu disposer. Aussi, le travail qu'on va lire est loin d'être complet, et n'est autre chose que l'exposé des résultats de l'analyse d'un certain nombre de faits. Leur petit nombre m'a imposé l'obligation d'être sobre de remarques et de conclusions. Mais j'ai la conviction que ces faits, recueillis avec beaucoup de soin, ne sauraient être inutiles aux progrès de la science. La forme sous laquelle ils sont présentés est telle qu'il sera aisé de les *ajouter* à d'autres de même nature, et par conséquent de les faire servir utilement à des recherches ultérieures faites sur une plus grande échelle.

J'ai recueilli les matériaux de ce travail pendant les sept premiers mois de l'année 1842, à Bicêtre, dans la division de Leuret, dont j'étais alors l'interne. Sur les cent quinze épileptiques de tout âge et tous du sexe masculin, qui étaient annexés à son service d'aliénés, quarante-neuf étaient ou idiots, ou atteints d'aliénation mentale continue (maniaques, déments, imbéciles).

Les soixante-six restants, qui offraient habituellement soit l'intégrité de leur intelligence, soit, et c'était le plus grand nombre, un état plus ou moins obtus des facultés intellectuelles, étaient répartis de la manière suivante :

1° Vingt auraient éprouvé antérieurement, à l'époque où je les ai observés, des troubles passagers de l'intelligence. Mais l'insuffisance et le défaut de précision des renseignements que j'ai pu me procurer, ne m'ont pas permis d'en tenir compte dans mes recherches.

2° Quatorze autres ont été atteints de délire pendant le laps de temps indiqué tout l'heure. Et quelques uns l'ayant été à deux ou trois reprises, il en est résulté que le chiffre total des atteintes de délire a été de vingt-deux. Ce sont ces faits qui font la base de mon travail.

3° Quant aux trente-deux épileptiques restants, ils n'ont offert de délire à aucune époque, soit pendant qu'ils ont été soumis à mon observation, soit antérieurement; en sorte que j'ai pu m'en servir comme de termes de comparaison pour divers points de l'étude des causes et pour celle de la marche de l'épilepsie dans les intervalles du délire.

Dans les vingt-deux atteintes de délire dont il vient d'être question, sont compris tous les cas que j'ai observés chez les soixante-six épileptiques dont je m'occupe, les plus légers comme les plus graves. J'admets toutefois la possibilité que certains cas de cette agitation très éphémère qui succède parfois à la période de résolution de l'accès de grand mal épileptique, ont pu échapper à

l'observation, même assidue, des malades, en raison de leur très courte durée qui souvent ne dépasse pas quelques minutes.

Je vais exposer successivement dans autant de chapitres :

1° L'histoire du délire proprement dit (symptômes, marche, durée, terminaison, etc.).

2° La marche de l'épilepsie pendant la durée des accidents cérébraux et dans leurs intervalles.

3° Le retour et l'enchaînement des atteintes de délire.

4° Enfin, ce qui est relatif à la recherche des causes.

CHAPITRE PREMIER.

HISTOIRE DU DÉLIRE PROPREMENT DIT.

ARTICLE PREMIER. — DES SYMPTÔMES.

Les vingt-deux atteintes du délire dont j'ai parlé se divisent naturellement en deux groupes. Dans l'un, qui ne comprend què cinq cas, le délire a été tranquille ; dans l'autre, comprenant les dix-sept cas restant, l'agitation a été prononcée, parfois considérable, constituant alors véritablement ce que l'on a désigné sous le nom de *fureur* des épileptiques.

Je vais analyser séparément ces deux groupes de faits, non sans faire remarquer par anticipation que cette division, nécessitée par l'intensité différente des symptômes, n'implique nullement une différence de nature.

Section Ire. — Des symptômes dans les cas de délire tranquille.

La maladie débuta, dans tous les cas, à la suite d'accès de grand mal épileptique qui se succédèrent au nombre de trois à sept dans l'espace de quelques heures

et avant l'apparition desquels il est certain qu'il n'existait aucun trouble des facultés intellectuelles. Dans les intervalles plus ou moins longs (une ou deux heures) qui, dans chaque cas séparèrent les deux ou trois derniers accès, les malades ne reprirent pas connaissance et restèrent plongés dans un assoupissement profond, interrompu par des propos bizarres et décousus, sans exaltation manifeste. — Les accès une fois suspendus, l'assoupissement disparut aussi, mais le trouble des idées persista avec les caractères suivants :

Quatre des cinq malades étaient tantôt assis à côté de leur lit, tantôt couchés. Ils restaient parfaitement tranquilles, et n'éprouvaient pas le besoin impérieux de mouvement que nous observerons dans les cas de délire agité; ils se promenaient peu, ne parlaient pas spontanément, et furent toujours parfaitement inoffensifs. A aucune époque les moyens contentifs ne furent nécessaires.

L'œil était brillant, le regard un peu vague et la figure plus colorée qu'à l'ordinaire avait une expression différente suivant les sujets. Elle exprimait la joie et la gaieté chez deux d'entre eux qui paraissaient comprendre ce qu'on leur disait, mais l'un ne répondait que par monosyllabes, ou même pas du tout aux questions et paraissait sans cesse occupé à réprimer une envie de rire continuelle, à laquelle il cédait quelquefois. L'autre, par intervalles, répondait avec loquacité, tenait des propos bizarres souvent interrompus par une explosion d'un rire étouffé, ou comme s'il eût tout à coup perdu le fil de ses idées.

L'expression de la figure était au contraire morne et sombre chez les deux autres. Ils ne parlaient pas spontanément; mais lorsqu'on leur adressait la parole, tantôt ils murmuraient d'un air hébété quelques mots décousus, ou bien ils répondaient avec animation et se plaignaient avec irritation de torts imaginaires dont ils

auraient été les victimes. Enfin dans le cinquième et dernier cas, le malade, habituellement assis dans son lit, était absorbé tout entier dans la contemplation attentive d'un de ses doigts; murmurait en même temps avec lenteur des mots décousus, et le plus ordinairement épelait les lettres qui formaient son nom. — Il n'adressait jamais la parole; une interpellation vive parvenait seule à attirer momentanément son attention, et alors il répondait quelquefois d'un air distrait ou étonné, d'une manière brève et incomplète, mais le plus souvent, en guise de réponse, il se contentait de répéter une partie de la question qu'on venait de lui adresser. Sa figure un peu colorée pendant que dura le délire, exprimait une grande contention d'esprit dans les deux premiers jours et une gaieté douce le matin du troisième.

Pendant la durée de ces accidents qui, chez tous les sujets, furent continus, sans paroxysmes ni intervalles lucides, rien de notable ne fut observé du côté d'autres organes. — Ainsi les sens conservèrent leur intégrité; il n'y eut ni tremblement ni soubresauts des tendons, ni contracture, ni paralysie quelconque. — Deux des malades accusèrent momentanément un peu de céphalalgie. Le sommeil était léger, souvent interrompu, n'avait lieu que la nuit, et ne dépassait pas en totalité trois ou quatre heures chaque nuit.

La langue fut constamment nette et humide, l'appétit conservé, la soif médiocre et la déglutition facile. Il n'y eut ni nausées ni vomissements, et les selles toujours naturelles, ne furent rendues dans le lit que chez le sujet dont il a été question en dernier lieu, circonstance attribuable à la grande et exclusive contention d'esprit à laquelle il était en proie.

Il n'y eut aucun symptôme du côté des poumons et du cœur. Le pouls, dans tous les instants, calme, régulier et médiocrement plein, varia entre les termes ex-

trêmes de 56 et 80 pulsations. La chaleur àsla peau fut constamment naturelle, parfois avec une légère tendance à la moiteur.

Tels ont été les symptômes observés chez les malades atteints de délire tranquille. Chez eux, tout se réduisit en somme à un trouble de l'intelligence, lequel, ainsi que je le dirai plus loin, disparut complétement après un long sommeil ; de telle sorte que le passage de la maladie à la santé eut lieu brusquement et sans intermédiaire.

Des observations particulières n'ajouteraient rien à la description qui précède, c'est pourquoi je vais m'occuper du délire agité. Celui-ci nous offrira, mais plus en apparence qu'en réalité, un appareil de symptômes beaucoup plus complexe.

Section II. — Des symptômes dans les cas de délire agité.

§ 1er. — *Début et premiers symptômes.*

Dans quatre des dix-sept cas de délire agité, la maladie débuta comme dans le délire tranquille et avec des particularités tout à fait pareilles, à la suite d'accès de grand mal épileptique.

Dans deux autres cas, le délire éclata tout à coup, sans symptômes précurseurs : l'un des sujets avait seulement accusé quelques heures auparavant un peu de céphalalgie frontale à laquelle il était d'ailleurs sujet.

Restent onze cas, c'est-à-dire environ les deux tiers, dans lesquels l'explosion du délire, au lieu d'être subite, fut précédée pendant un temps plus ou moins long, qui varia entre six heures et six jours, par divers troubles indiquant un certain degré d'excitation cérébrale, et indépendants eux-mêmes d'attaques d'épilepsie. On commençait à remarquer chez ces malades quelque chose d'insolite : la figure, à une exception près où elle fut no-

tablement pâle, était plus colorée qu'à l'ordinaire ; l'œil était plus brillant, et le regard un peu vague offrait en général une expression difficile à définir et qui excitait la défiance. Certains malades étaient plus tristes, d'autres plus gais, plus communicatifs que dans leur état habituel ; leur conversation n'offrait rien d'incohérent, était bien suivie, leur mémoire assez bonne ; mais tous étaient devenus susceptibles et querelleurs. Ils éprouvaient un besoin prononcé de mouvement, des impatiences dans les membres. Quelques-uns, bien que dociles encore, se levaient la nuit pour se promener dans leur dortoir ; où bien ils changeaient sans cesse de position dans leur lit, n'y trouvaient aucune place bonne et se plaignaient de ne pouvoir dormir.

Ces divers symptômes étaient communs à tous les malades qui nous occupent ; mais trois d'entre eux offrirent en outre les particularités suivantes : L'un d'eux croyait entendre sans cesse un mot injurieux à son adresse ; il raisonnait d'ailleurs parfaitement bien ; un autre prononçait avec emphase le mot *toujours* qu'il trouvait le moyen de placer sans cesse dans le cours d'une conversation, d'ailleurs sans incohérence ; le troisième enfin était constamment inquiet et préoccupé d'un battement incommode, non douloureux, qu'il disait éprouver dans un genou, dans lequel l'examen le plus minutieux ne fit rien constater d'anormal.

Tous les malades dont je viens de décrire les symptômes précurseurs conservèrent de l'appétit, n'eurent ni nausées, ni vomissements, ni frissons. La céphalalgie a été notée chez deux sujets ; elle était frontale et légèrement intense. Ce symptôme n'est pas mentionné dans les autres observations.

Les symptômes précurseurs que je viens de décrire étaient tantôt plus, tantôt moins prononcés, et offrirent une marche fort irrégulière. Chez deux sujets, à la suite

d'une saignée assez copieuse, chez l'un de 300, chez l'autre de 450 grammes, on les vit disparaître entièrement pendant un ou deux jours, puis revenir au bout de ce temps, et être suivis cette fois de l'apparition du délire.

Pendant la durée de ces accidents, un malade seulement éprouva un accès de grand mal épileptique qui n'offrit rien de particulier et ne fut pas suivi d'une augmentation appréciable dans les symptômes indiqués. Ce n'est que quatre jours plus tard que le délire éclata décidément.

§ 2. — *Habitude extérieure et lésions de l'intelligence.*

Je vais d'abord étudier sous ce double rapport quatorze de nos dix-sept cas de délire agité, dans lesquels, à part des différences d'intensité, les symptômes étaient d'ailleurs tout à fait identiques.

Dans les premiers moments du délire, ces malades, libres encore, se promenaient ou couraient sans but apparent, l'air égaré, criant, gesticulant, et dans quelques cas poussés par une aveugle fureur, frappant sans motifs les personnes, même inconnues ou amies, qui se trouvaient sur leur passage. Il fallut une véritable lutte pour arrêter et contenir plusieurs d'entre eux, dont la vigueur naturelle semblait encore augmentée par le fait même de la maladie. Une fois maintenus par la camisole de force dans un décubitus dorsal forcé, en proie à une agitation excessive, ils se débattaient avec violence, se remuaient sans cesse dans leur lit, soit pour rompre leurs liens, soit sans but apparent, et seulement comme pour satisfaire à un besoin irrésistible d'agitation et de mouvement. Cette agitation musculaire était sans tremblement, n'avait rien de convulsif et était évidemment volontaire. En même temps chez ces divers malades les

yeux étaient brillants, mobiles, largement ouverts et se fixaient rarement, et la figure très colorée, souvent ruisselante de sueur, offrait une mobilité extrême, exprimant d'un moment à l'autre, chez le même sujet, les passions les plus diverses, tantôt une gaieté exagérée, plus souvent la menace ou la fureur, toujours une exaltation prononcée.

En rapport avec cet état de l'habitude extérieure, la perturbation de l'intelligence était complète. Les malades chantaient, poussaient des cris éclatants, tenaient des propos décousus et sans suite, portant sur tous les points indistinctement et sans prédominance d'une ou de plusieurs idées. Leur parole était haute, rapide, souvent interrompue par des clameurs et de bruyants éclats de rire. Les uns, en petit nombre, semblaient entièrement étrangers à ce qui les entourait; les autres s'interrompaient parfois pour interpeller et souvent injurier grossièrement les assistants que le plus ordinairement ils paraissaient reconnaître. Délivrés accidentellement de leurs liens, ils se précipitaient avec fureur sur les personnes qu'ils rencontraient, et une fois maintenus de nouveau avec le gilet de force, ils cherchaient encore à nuire soit en lançant des coups de pied, soit en mordant ou en crachant à la figure des personnes qui les approchaient. Lorsqu'on leur adressait la parole tantôt ils suspendaient un instant leurs cris et leurs discours incohérents, regardaient leur interlocuteur d'un air étonné, puis, sans répondre, recommençaient aussitôt; d'autres fois ils répondaient d'une manière brève, souvent injurieuse, toujours incomplète. Incapables de fixer leur attention pendant quelques instants sur le même sujet, ils passaient sans cesse d'une idée à une autre, et le raisonnement, les discours et même les gestes menaçants n'avaient sur eux d'autre influence que d'augmenter leur fureur.

Cependant dans aucun des quatorze cas que j'analyse,

cet état violent ne persista constamment avec la même intensité. Par intervalles d'abord rares et courts, puis d'autant plus rapprochés et plus prolongés que la maladie approchait davantage de sa fin et que la fatigue devenait plus écrasante, on voyait cette agitation s'apaiser plus ou moins, et parfois cesser entièrement. Mais ce dernier cas était exceptionnel, car le plus ordinairement les malades changeaient encore souvent de position dans leur lit ou remuaient la tête de droite à gauche alternativement par une espèce de mouvement machinal, ou grinçant les dents, etc. La figure alors était moins colorée, moins mobile dans son expression; mais le regard se fixait rarement, n'était pas naturel et offrait encore quelque chose qui excitait la défiance. Pendant ces moments de répit, les cris devenaient et moins fréquents et moins intenses; les paroles toujours incohérentes se succédaient avec moins de rapidité, et dans certains cas, les propos décousus des malades, tenus à demi-voix ou à voix basse, n'étaient interrompus que par quelques éclats de voix. Si, dans ce moment on leur adressait la parole, tantôt ils gardaient un silence obstiné, tantôt ils répondaient avec volubilité, paraissaient d'abord pouvoir suivre un raisonnement, mais ne tardaient pas à en perdre le fil, et plusieurs fois l'insistance que l'on mettait à les questionner ramenait leur agitation un moment apaisée.

Dans un seul cas dont l'histoire sera rapportée plus loin (obs. V), à quelques jours d'agitation succédèrent sept jours d'un véritable délire tranquille, durant lesquels le malade paraissait sous l'empire d'idées douces et agréables. Puis l'agitation primitive reparut sans cause appréciable et avec elle l'explosion de passions violentes et expansives.

Des hallucinations furent notées chez deux sujets seulement : l'un, au début du délire, croyait entendre sans

cesse un mot insultant à son adresse; l'autre, déjà au déclin de la maladie, prétendait pendant quelques instants voir au plafond saint Michel venant à son secours.

La violence du délire nécessita l'emploi de moyens contentifs, tels que la camisole de force, les genouillères, etc. pendant presque toute sa durée. On jugera de son intensité lorsqu'on saura que dans dix des quatorze cas qui nous occupent, au sujet desquels j'ai pris note jour par jour de l'emploi de la camisole de force, celle-ci fut jugée indispensable cinquante-neuf jours sur soixante-trois jours, somme totale de la durée du délire dans ces dix cas.

Il me reste à dire quelques mots au sujet des trois cas que j'ai séparés de ceux dont je viens de faire l'analyse, en raison de quelques particularités que voici. Dans deux de ces cas, le délire agité était général et offrit les mêmes caractères que dans les faits qui précèdent; mais il y avait de plus prédominance de certaines idées; l'un des sujets croyait sans cesse que l'on attaquait son honneur et en parlait souvent avec emphase; chez l'autre, dont je rapporterai plus loin l'observation (obs. IV), la tendance érotique des idées, jointe à une érection permanente du pénis, était des plus remarquables. Enfin chez le troisième sujet, le trouble des idées a été moins profond et semblait limité à un petit nombre de points. Je renvoie le lecteur à cette intéressante observation (obs. III).

L'analyse qui précède, surtout celle qui est relative aux quatorze cas étudiés en premier lieu est sans doute un peu générale, mais il ne pouvait guère en être autrement, car les symptômes cérébraux se modifiaient avec une telle rapidité d'un moment à l'autre chez le même sujet, qu'il m'était impossible d'entrer dans des détails plus circonstanciés et plus précis. Afin de compléter cette description, je vais rapporter avec détails deux de ces

faits choisis, l'un parmi les cas les plus légers, l'autre parmi les plus graves.

Ire OBSERVATION. — *Épilepsie; délire agité peu intense.*

Il s'agit d'un homme âgé actuellement (1842) de trente et un ans, autrefois cordonnier, puis palefrenier, à Paris depuis douze ans. Il a les cheveux châtain-clair, les yeux bleus, la barbe blonde; il est d'une taille moyenne (1^{m},675), fortement constitué, trapu; il a les chairs fermes, un certain embonpoint, et en somme une forte constitution.

Un oncle, frère du père, est mort épileptique à Charenton. Jusqu'à vingt-deux ans, très bonne santé habituelle; céphalalgie rare, jamais de chute ou de coups graves sur la tête; fréquents excès de femmes, quelques excès de vin et d'eau-de-vie. — Épistaxis fréquentes avant vingt ans, rares depuis.

A l'âge de vingt-deux ans, étant palefrenier au Cirque olympique, frayeur vive causée par un éléphant qui le menaça sans l'atteindre. Il n'éprouva rien de particulier dans l'instant, mais environ quinze jours après, apparition des accidents suivants : Sensation d'un *vent* qui partait de l'épigastre, et qui en montant vers la tête déterminait à son passage dans la poitrine un sentiment d'oppression. Arrivé à la tête, étourdissement, trouble de la vue, suspension instantanée et complète de la faculté de parler et suspension incomplète de l'intelligence, le tout sans chute ni mouvements convulsifs. Ces divers symptômes, au bout de quelques secondes, étaient dissipés sans laisser aucune trace.

Pendant quatre ans ces vertiges revinrent fréquemment, le plus souvent tous les jours au nombre de un à trois, rarement tous les deux, trois ou au plus quatre

jours, et constamment avec les mêmes caractères. Au bout de ce temps le malade fut pris un soir, au milieu d'une violente colère, et pour la première fois, d'un accès de grand mal épileptique (chute, mouvements convulsifs, perte complète de connaissance). Dès lors ces accès reparurent avec une assez grande fréquence, mais, en revanche, les vertiges devinrent plus rares.

Dans le mois de décembre 1839, le malade, alors âgé de vingt-neuf ans, entra à Bicêtre dans la division de Leuret, et dans les deux années qui suivirent, les accès de grand mal revinrent comme par le passé; en outre, pendant le même laps de temps, il survint à trois reprises du délire et de l'agitation sur lesquels on ne peut obtenir des détails circonstanciés.

A dater du 1er janvier 1842, où des notes précises sont recueillies, on constate que dans l'intervalle des accès d'épilepsie, le caractère est irritable et susceptible, l'intelligence médiocre, la mémoire un peu affaiblie et les sens intacts. L'appétit est vif; les fonctions respiratoires et circulatoires s'exercent normalement. Le malade n'éprouve d'autres souffrances, et cela encore par intervalles, qu'une céphalalgie frontale parfois assez intense.

Les accès de grand mal épileptique sont assez nombreux, en moyenne vingt-cinq par mois : ils sont rarement uniques et se succèdent le plus ordinairement au nombre de deux à quatre ou même plus dans un court espace de temps. Les vertiges du commencement de la maladie sont rares.

Dans la nuit du 25 au 26 juin et dans la journée du 26, le malade éprouve douze accès d'épilepsie (grand mal) et commence à délirer dans les intervalles qui séparent entre eux les cinq ou six derniers accès. Dans la nuit du 26 au 27, l'agitation persiste, quoique à un degré peu intense et sans nouveaux accès épileptiques, malgré une saignée du bras de 300 grammes.

Le 27 juin, à six heures du matin, le surveillant entrait dans le dortoir, lorsque le malade le saisit tout à coup par derrière, et sans le frapper, l'étreignit violemment dans ses bras en l'appelant son frère et en poussant de grands éclats de rire. On lui met aussitôt sans grande résistance le gilet de force, et à huit heures, au moment de la visite, il est dans l'état suivant :

Maintenu fortement par la camisole de force, le malade se remue sans cesse dans son lit et par moment s'y débat avec violence. Figure très colorée, très mobile dans son expression, sans mouvements convulsifs. Il tient des propos décousus et sans suite, rit, grince des dents; par intervalle explosion de cris violents. Il reconnaît les personnes qui l'entourent, et leur adresse la parole d'un air animé; il peut suivre, pendant quelques instants, un raisonnement, mais ne tarde pas à en perdre le fil; enfin il se rappelle très bien avoir, le matin même, *fait peur* au surveillant. Il n'y a pas d'idées prédominantes. Ouïe et vue intactes; yeux brillants, mobiles, sans strabisme, pupilles égales, régulières, bien contractiles, de moyenne grandeur, sensibilité cutanée intacte. Langue nette, humide, assez bien tirée; soif médiocre; abdomen bien conformé, souple, paraissant indolent. Pas de selles, urines rendues dans le lit, non par regorgement, mais lorsque le besoin d'uriner se fait sentir. Pas d'érection du pénis, pas de pertes séminales. Ni toux, ni dyspnée. Exploration du thorax impraticable. — Chaleur élevée; pouls à 80 (compté dans un moment de calme). (*Limonade 2 pots; saignée de* 360 *grammes; lavement de lin; sinapismes aux membres inférieurs; bain avec eau froide sur la tête; diète absolue.*)

La prescription qui précède est exécutée en tous points. Le sang de la saignée coule en jet et offre, après repos, un caillot d'un volume moyen, d'une consistance médiocre et aucune trace de couenne.

L'agitation persiste sans amélioration notable, toute la journée. Dans la nuit suivante, deux ou trois heures de sommeil souvent interrompu.

Le 28, à six heures du matin, un accès de grand mal épileptique, après lequel l'agitation n'a pas augmenté. A neuf heures, à la visite, le malade vient de dormir; il reste tranquille dans son lit. Peau encore colorée, mais plus naturelle. Réponses justes, aucun propos incohérents; en un mot, le délire est entièrement dissipé. Le malade n'accuse qu'un peu de fatigue et une légère céphalalgie. Pouls à 52 médiocrement plein. (*Limonade, lavement, purgatif, diète.*)

A partir de ce moment, le malade est parfaitement calme et raisonnable.

Le 29, il mange une portion d'aliments, n'éprouve aucune souffrance et reste levé et libre toute la journée.

Dans ce cas, l'un des plus légers de ceux de délire agité dont j'ai recueilli l'histoire, le trouble des idées était toute la maladie; en sorte que, soit sous ce rapport, soit par le début à la suite d'accès d'épilepsie, soit par le retour prompt et en quelque sorte subit à la santé, l'observation de ce malade se rapproche singulièrement des cas de délire tranquille, dont j'ai donné plus haut l'analyse. La seule différence, et au fond elle n'est pas aussi grande qu'on pourrait le supposer de prime abord, ainsi qu'on verra plus loin, consiste dans la forme expansive du délire et dans l'agitation physique qui l'accompagne. Je reviendrai d'ailleurs sur cette observation, après avoir rapporté la suivante qui est, sans contredit, l'exemple de délire agité le plus intense que j'aie observé.

IIe OBSERVATION. — *Épilepsie avec prédominance de vertiges. Délire furieux très intense, etc.*

Un Polonais, autrefois militaire, âgé de vingt-neuf ans (1842), d'une taille moyenne, ayant les cheveux blonds, la barbe très forte, les yeux d'une couleur claire, les membres forts et bien musclés, et en somme une constitution robuste, est admis, comme épileptique, dans la division de Leuret à Bicêtre, le 20 janvier 1839.

Depuis lors jusqu'au 20 janvier 1842, les accès d'épilepsie ont persisté, et en outre, à plusieurs reprises, le malade fut pris de délire agité.

A dater du 1er janvier 1842, époque à laquelle je commençai à observer ce malade jusqu'au mois de juin suivant, voici l'état qu'il présenta : Dans les intervalles des accès d'épilepsie, il est, en général, triste et peu communicatif; cependant il n'est pas querelleur; il se conduit bien, ses discours sont parfaitement sensés, et il n'y a de notable qu'un affaiblissement marqué de la mémoire. Le malade se plaint souvent de cette dernière circonstance, et c'est à elle qu'est due l'absence d'antécédents qu'offre l'observation présente. Le malade, en effet, ne pouvait fournir, sur les circonstances de son mal, antérieurement à son admission à Bicêtre, que des renseignements dépourvus, au point de vue des dates surtout, d'une suffisante exactitude. Les fonctions digestives, circulatoires et respiratoires, s'exécutent normalement, et l'embonpoint est en bon état. Les accès de grand mal épileptique sont peu fréquents, en moyenne au nombre de trois par mois; bien plus fréquemment et presque chaque jour, il y a des vertiges, caractérisés par une suspension subite de l'intelligence, avec pâleur de la face et fixité du regard, sans cri, ni chute, accidents qui ne durent que quelques secondes. Enfin, pendant les cinq

mois qui nous occupent, il fut pris une seule fois, en janvier, de délire furieux qui dura huit jours, et qui, à part une intensité un peu moindre, offrit, sous tous les rapports, la plus complète analogie avec la récidive qui va être décrite.

Le 6 juin au matin, n'ayant pas éprouvé de contrariété ni d'accès de grand mal épileptique, le malade est un peu animé, et sans motif cherche querelle à un de ses camarades. Dans la journée, il se promène, avec calme, dans la cour, la face est plus pâle qu'à l'ordinaire, les yeux sont cernés, le regard inquiet. Aux personnes qu'il rencontre il demande poliment, mais avec inquiétude, pourquoi on lui adresse sans cesse des mots insultants. On ne peut dissiper son erreur, il y revient sans cesse. Nuit suivante calme.

Le 7 juin, un peu avant la visite du matin, un accès de grand mal épileptique, qui n'offre rien de particulier et n'est pas suivi d'agitation. A la visite, face un peu animée, loquacité insolite chez le malade ; réponses convenables sans incohérence ; aucune souffrance, sauf une céphalalgie frontale de moyenne intensité. Appétit conservé ; pouls à 108, régulier (le malade vient de se promener rapidement), un peu de chaleur. (*Limonade, saignée de 400 grammes, diète.*)

Le sang coule en jet, et offre, après repos, un caillot assez volumineux, bien consistant et sans traces de couenne, et une proportion moyenne de sérum.

Le soir, le malade est occupé à lire dans son lit; sa figure est moins animée, plus naturelle. Il dit spontanément être débarrassé de *toutes ses folies.* Pouls 88, régulier; aucune chaleur.

Jusqu'au 11 janvier inclusivement, rien de nouveau sauf que le malade est plus sombre et plus irritable qu'à l'ordinaire. Il est d'ailleurs raisonnable, travaille une partie de la journée dans le bureau de la division, mange

avec bon appétit et n'éprouve pas d'accès d'épilepsie.

Le 12 juin, au moment de la visite du matin, il est levé et debout à côté de son lit. Tout à coup il s'élance d'un air furieux sur un de ses camarades, en l'accusant, à tort, de l'insulter. On ne le contient qu'à grand'peine; sa figure est pâle et contractée; ses yeux, largement ouverts, expriment une grande fureur. Il demande sans cesse, d'une voix éclatante, de quoi on l'accuse pour l'insulter et le persécuter ainsi, etc. On éloigne le malade qui, au bout de quelques instants, se calme un peu et paraît comprendre les raisonnements qu'on lui fait. (*Saignée de 400 grammes, bain tiède de quatre heures avec eau froide sur la tête.*)

Dans la soirée, retour de l'agitation qui persiste toute la nuit suivante et nécessite l'emploi de la camisole de force.

Le 13 au matin, on note ce qui suit : Mouvements violents dans son lit, agitation incessante, cris, éclats de rire, propos incohérents, portant sur les sujets les plus disparates, interrompus par des grincements de dents, ou par des mouvements de la langue que le malade sort et rentre alternativement de la bouche avec rapidité. Lorsqu'on l'interpelle un peu vivement, il regarde un instant son interlocuteur, demande d'une voix brève ce qu'on lui veut, puis recommence à crier sans attendre la réponse. — Figure très colorée, ruisselante de sueur, très animée, très mobile dans son expression; les veines du front, celles du cou se distendent et se dessinent fortement, surtout lorsque les cris sont violents et prolongés; yeux largement ouverts, très mobiles, sans strabisme, se fixant rarement; pupilles régulières, égales, contractiles, habituellement dilatées (6 millimètres de diamètre à un jour modéré). Langue nette et humide; le malade avale avec facilité, et sans jamais les refuser, les boissons qu'on lui présente, crie et vocifère entre deux

gorgées et ne demande jamais à boire. — Pas de vomissements; il n'y en a pas eu. Ventre bien conformé, sans météorisme; pas de selles, urines rendues dans le lit, non goutte à goutte, mais par intervalles; pas d'érection du pénis, ni de pertes séminales. — Exploration de la poitrine impraticable. Toux nulle. Peau chaude, recouverte de sueur; ni sudamina, ni autre éruption. Pouls à 130, plein, dur, régulier. (*Limonade 3 pots; bain de trois heures avec eau froide sur la tête; saignée de 400 grammes; diète absolue.*)

Après repos, le sang offre un caillot médiocrement volumineux, assez ferme, sans traces de couenne.

Les 14, 15 et 16 juin, le délire, l'agitation musculaire persistent, avec les mêmes caractères, la même violence *sans interruption aucune*, et aussi prononcés la nuit que le jour. Il n'y a pas une *seule* minute de sommeil, pas un seul instant de véritable calme. A la vérité, par rares et courts intervalles, les cris devenaient moins intenses, se succédaient avec moins de rapidité; mais dans ces moments-là les yeux restaient ouverts et le malade faisait claquer ses dents avec rapidité les unes contre les autres, ou se remuait encore fréquemment et avec violence dans son lit, autant que le permettaient les moyens contentifs. Pendant ces trois jours, les pupilles furent égales, régulières, toujours dilatées (5 à 6 millimètres de diamètre); la langue que le malade refuse de montrer, mais que l'on aperçoit dans la bouche habituellement ouverte, est nette et humide le 14, blanchâtre le 15, sèche et rousse le 16. La voix devient peu à peu rauque; la peau se maintient chaude et moite, et le pouls toujours plein et régulier, compté une fois pendant que l'agitation musculaire n'était pas excessive, et deux fois pendant qu'elle était assez prononcée, donne la première fois 100, et les deux autres fois 112 et 120 pulsations. (*Chaque jour limonade 4 pots; sinapismes aux membres infé-*

rieurs; diète; de plus, le 15, ventouses scarifiées à la nuque, qui retirent 400 grammes de sang; bain prolongé.)

Le 17, l'agitation musculaire et les cris, bien qu'encore assez intenses, le sont moins qu'auparavant. Le malade a décidément maigri; sa figure, encore colorée, exprime la fatigue; les yeux sont cernés; les pupilles, régulièrement égales entre elles, se resserrent ou se dilatent avec une rapidité remarquable, suivant que les paupières sont plus ou moins ouvertes, et oscillent ainsi entre les dimensions extrêmes de 4 et 7 millimètres.— Langue non tirée; on la voit brune et sèche au fond de la bouche; il en est de même des lèvres et des dents qui sont recouvertes d'une croûte noirâtre sèche et mince. Lorsqu'on lui donne à boire, les lèvres, assez largement ouvertes, ne font aucun mouvement pour s'adapter au vase, et les boissons versées dans la bouche comme dans une espèce d'entonnoir, sont ensuite avalées facilement, sans toux ni régurgitations. Ventre plat; pas de selles; urines toujours rendues dans le lit. — Ni toux, ni dyspnée; voix rauque. —Battements de cœur réguliers avec un peu d'impulsion, sans bruit anormal, sans obscurité du son à la région précordiale. — Chaleur élevée avec moiteur. Le pouls, après une explosion de cris et de mouvements violents, donne 160 pulsations; il est étroit et très légèrement irrégulier pour la force des pulsations. (*Limonade 4 pots; sinapismes aux membres inférieurs; eau froide sur la tête; lavements de lin; diète absolue.*)

Les 18, 19 et 20 juin, aucun changement dans l'intensité du délire. La fréquence du pouls est, comme par le passé, extrêmement variable suivant qu'on le compte pendant les cris et l'agitation, ou dans les rares intervalles de calme. La peau se maintient toujours chaude et injectée, tantôt sèche, tantôt moite; et est, à dater du 19, le siége d'une éruption apparue deux heures au plus

après un bain prescrit tiède et dont la température réelle n'a pu être connue. Cette éruption siége sur l'abdomen et le devant de la poitrine, et consiste en vergetures irrégulières, légèrement saillantes, dont la couleur rouge pâlit momentanément sous la pression du doigt ; sur ces vergetures s'élèvent une infinité de points miliaires, les uns petits et transparents, véritables *sudamina*, les autres plus nombreux, blanchâtres et opaques. (*Même prescription que le* 17 *juin, de plus, le* 19 *bain tiède, et le* 20, 30 *grammes d'huile de ricin.*)

Dans la journée, à la suite du purgatif, plusieurs selles d'abord solides, puis liquides.

Le 21 juin, pendant la nuit dernière, sommeil de près de trois heures. C'est le premier sommeil depuis que le délire a éclaté ; le fait est positif et résulte de renseignements exacts recueillis chaque jour. Au réveil, on remarque dans l'intelligence du malade un changement très notable, et qui persiste encore à la visite du matin : le malade est immobile dans le décubitus dorsal ; sa figure plus naturelle exprime l'anxiété et la souffrance ; il regarde et reconnaît les personnes qui l'entourent, se plaint d'un ton lamentable des souffrances qu'il éprouve par tout le corps ; il demande à être détaché ; ne prononce pas une parole incohérente ; mais sa mémoire est confuse, et ses réponses sont peu précises. — Langue assez bien tirée, tremblotante, recouverte d'une espèce de croûte brune et molle (il vient de boire). Voix toujours rauque ; respiration et percussion normales dans tout le thorax. Peau chaude, médiocrement humide ; l'éruption décrite plus haut est moins prononcée ; les vergetures ont pâli, et les points miliaires, détruits en partie, sont remplacés par de petites écailles épidermiques. Pouls 124, étroit, régulier. (*Orge miellé* 2 *pots ;* 2 *bouillons.*)

Au moment où l'on enlève la camisole de force, on

constate sur chacun des coudes, au niveau des olécrânes, une escarre superficielle, arrondie, de 2 centimètres de diamètre, et entourée d'une aréole d'un rouge vif.

22 juin. — Le délire n'a pas reparu. Sommeil presque continuel hier et dans la nuit suivante. Actuellement, fatigue encore extrême ; le malade réitère les plaintes de la veille, dit souffrir par tout le corps, et surtout de la tête. Langue blanchâtre, médiocrement humide, bien tirée. Pouls à 90, régulier, étroit. Peu de chaleur à la peau, sans moiteur. (*Même prescription.*)

Jusqu'au 29 juin, l'amélioration fait des progrès lents, mais continus. La figure exprime encore l'anxiété et la souffrance ; l'intelligence s'améliore peu à peu, mais le malade est peu communicatif, un peu irritable, répond bien mais brièvement aux questions, qui paraissent promptement le fatiguer. Il accuse toujours de la courbature et une céphalalgie légère. Appétit et soif médiocres. Pouls à 90, le 23 juin, dès lors entre 80 et 84 pulsations. Chaleur naturelle. (*Orge miellé ; aliments graduellement portés au cinquième de portion ; le* 25, 40 *grammes de sel de Sedlitz.*)

Le 30, pour la première fois depuis le moment du délire, a éclaté un accès de grand mal épileptique, qui n'a rien offert d'extraordinaire et n'a pas été suivi d'agitation. Hier et avant-hier, on avait déjà noté la réapparition des vertiges habituels. Les forces reviennent d'ailleurs rapidement.

Le 2 juillet, le malade se lève pour la première fois, et trois jours après il rentre dans son dortoir, encore un peu maigre et pâle, et mangeant les cinq portions d'aliments.

Les convulsions, même légères, la contracture, la paralysie du sentiment et du mouvement ; les vomissements, les frissons, l'érection du pénis et les pertes séminales sont autant de symptômes qui ont été recherchés

avec soin, mais qui ont complétement fait défaut pendant tout le cours du délire.

Cette observation est l'exemple de délire agité le plus intense que j'aie observé. Et précisément pour cette raison, il ne sera pas sans intérêt de la rapprocher de celle qui la précède, et qui est, au contraire, l'un des cas les plus légers.

On a vu que chez l'un et l'autre sujet, le délire, une fois déclaré, a présenté, dès les premiers jours, sa plus grande intensité. Chez le premier : trouble profond des idées, portant sur tous les points; cris, propos décousus et incohérents, agitation musculaire prononcée. Par rares et courts intervalles surviennent des moments de calme, ou même d'un sommeil léger et interrompu, durant lesquels le pouls, auparavant accéléré, se ralentit. Au bout de deux jours, le malade guérit sans avoir offert aucun indice de souffrance du côté d'aucun organe autre que le cerveau. Chez le sujet de l'observation actuelle, et dans les premiers jours, mêmes symptômes en *tous points*, seulement tous les accidents sont portés au plus haut degré possible d'intensité : l'exaltation cérébrale est plus intense, l'agitation musculaire excessive, l'insomnie absolue, les intervalles d'un calme toujours incomplet, plus rares. Mais au lieu de deux jours, le délire en dure neuf, et à dater du quatrième ou cinquième jour, les premiers symptômes persistant, la langue est brune et sèche, la voix rauque, la fatigue extrême; puis, enfin, l'amaigrissement apparaît, et le pouls se maintient habituellement accéléré. — Chez les deux malades, le retour à la raison est brusque et se montre à la suite d'un sommeil de quelques heures. Le premier n'accuse alors qu'un peu de lassitude et une légère céphalalgie; le deuxième malade, au contraire, éprouve une fatigue extrême, un endolorissement général; le pouls conserve

de la fréquence, la peau de la chaleur, et ce n'est que quatorze jours après la cessation du délire que, faible et maigre encore, il peut rentrer dans son dortoir.

Il ressort de ce parallèle que ces deux faits sont au fond identiques, au point de vue de la nature et de la forme des accidents cérébraux. Seulement l'intensité beaucoup plus grande de ces derniers, leur durée plus considérable chez le sujet de l'observation deuxième, ont amené, comme conséquence inévitable, le développement des symptômes secondaires que nous avons vus apparaître, à partir du quatrième ou cinquième jour. Je dis que l'apparition de ces symptômes secondaires était inévitable, car comment supposer qu'une agitation aussi furieuse, qu'une pareille dépense de forces, aient pu persister sans relâche pendant un certain nombre de jours, sans amener à leur suite la sécheresse de la langue, la raucité de la voix, l'amaigrissement, la prostration des forces et un certain degré de fièvre? Cela est si vrai que, ainsi que nous le verrons plus loin, ces divers accidents secondaires se sont manifestés plus ou moins marqués chez tous ceux des autres sujets dont l'agitation a dépassé une durée de quatre ou cinq jours.

Il est à remarquer que la différence de gravité et de durée de la maladie, dans les deux cas qui nous occupent, ne peut être attribuée au traitement. Ce dernier, en effet, a été le même dans les deux cas; il a été employé dès le début des accidents, et avec plus d'énergie dans le cas le plus grave que dans l'autre. Il y a à cette différence une autre cause que nous rechercherons plus tard.

Pour qui n'eût observé le sujet de l'observation deuxième qu'en passant, et l'un des derniers jours du délire, le diagnostic était difficile. Sans l'absence de météorisme du ventre et de la diarrhée, on aurait pu croire à une *fièvre grave;* on pouvait aussi penser à une mé-

ningite aiguë à cette période où des signes de compression n'existent pas encore, et il faut bien en convenir, sans le secours des antécédents et des circonstances de la marche de la maladie, absolument rien dans les symptômes eux-mêmes ne pouvait démontrer qu'il n'en était pas ainsi.

Il y aurait bien d'autres remarques encore à faire au sujet de ces deux observations; mais ce serait anticiper sur des questions qui se présenteront naturellement dans la suite de ce travail. Ce qu'il importait, pour le moment, c'était d'une part, par l'exposé de ces faits, d'aider à la description des symptômes du délire, et, d'autre part, de démontrer que les différences qu'ils offrent entre eux ne sont qu'accidentelles, et de rectifier par conséquent les doutes qu'une lecture superficielle aurait pu faire naître sur la question d'identité de l'affection dont ces deux malades étaient atteints.

L'observation suivante est remarquable par la courte durée du délire, par le cercle restreint, au moins en apparence, dans lequel roulaient les idées délirantes, et enfin par la possibilité qui existait à un degré très remarquable de fixer l'*attention* du malade.

III° OBSERVATION. — *Épilepsie; délire agité pour la première fois; guérison complète après seize heures de durée.*

Ce fait est relatif à un jeune garçon de dix-sept ans, de Paris, d'une taille moyenne, d'une constitution forte pour son âge. Il a les cheveux noirs, les yeux bruns, la peau fine, blanche et glabre; l'embonpoint est moyen, les muscles sont bien développés, les membres forts.

Ses père et mère, assure-t-il, ne sont ni aliénés ni épileptiques.

A l'âge de douze ans, ayant jusqu'alors été bien

nourri et joui d'une bonne santé, il fut placé comme apprenti chez un tourneur en plaqué, qui le nourrissait mal, le surchargeait de travail, et le battait parfois rudement. Au bout de trois mois, il est pris d'un premier accès d'épilepsie, qui ne fut précédé ni de céphalalgie, ni d'étourdissements. L'existence de la maladie, cachée pendant un certain temps aux parents, ne tarda pas, néanmoins, à leur être connue. Il fut alors retiré d'apprentissage, et resta chez ses parents jusqu'à la fin de 1838, où il entra comme épileptique dans la division de Leuret à Bicêtre. Il avait alors quatorze ans.

Pendant les trois années qui suivirent le début de l'épilepsie, les accès revinrent assez fréquemment, environ tous les huit ou dix jours, tantôt le jour, tantôt la nuit; mais au bout de ce temps, ils devinrent de plus en plus rares; et du 1er janvier 1842 jusqu'au milieu de juin suivant, le malade n'a éprouvé que quatre accès de grand mal. Il n'existe pas d'*aura*. Depuis qu'il est épileptique seulement, le malade éprouve souvent de la céphalalgie frontale et des épistaxis; et depuis quelques mois le caractère est devenu un peu irritable et susceptible, sans que jamais on ait observé de délire, même à la suite des accès. — L'appétit habituel est excellent, l'intelligence est assez développée et la mémoire parfaitement conservée.

Le 19 juin au matin, quinze jours après le dernier accès, le malade, étant bien portant, éprouva de la contrariété, pour n'avoir pu mettre à profit une permission de sortir qui lui avait été accordée. Cependant, dans la journée, il fut assez gai, joua avec ses camarades sans se disputer, et ne tint aucun propos extraordinaire. Il but, mélangée d'eau, sa ration de vin, ne s'exposa pas la tête nue au soleil, n'eut pas d'accès d'épilepsie, et n'accusa pas de céphalalgie.

A cinq heures du soir, au moment du repas, il était calme paraissait dans son état ordinaire, parlait fort

raisonnablement et mangea avec bon appétit. — Une heure après, à six heures, au moment où un malade plus jeune que lui, pour lequel il avait de l'aversion, allait se coucher sans l'avoir provoqué, il le prit dans ses bras en l'appelant *Balancier*, et le porta à l'autre bout du dortoir, sans cependant lui faire aucun mal. A dater de ce moment, il se mit à crier et à gesticuler, et offrit, en un mot, l'état qui va être décrit.

État actuel à huit heures du soir. Le malade est libre, assis dans son lit, ne cherchant pas à se lever. Il gesticule avec animation, et ses gestes sont en rapport avec la parole qui est haute, saccadée et rapide. Il prononce sans interruption et avec volubilité des phrases diverses, décousues, mais dans lesquelles reparaît invariablement le mot *balancier*. Si on lui demande ce qu'il entend par ce mot, on n'obtient aucune réponse satisfaisante; mais en dehors du cercle des idées indiquées, tout en conservant l'animation de la parole et du geste, le malade répond bien et juste aux questions. Ainsi, il reconnaît fort bien les assistants, et les nomme sans se tromper; il sait que l'on est au dimanche et non au jeudi, ainsi qu'on voudrait le lui faire croire. Interrogé sur le début de l'épilepsie, sur les circonstances qui l'ont précédé et accompagné, il répond avec une grande précision et donne des détails, qui, comparés à ceux qu'il avait donnés trois mois auparavant sur le même sujet et dont note avait été prise, n'offrent pas une seule divergence. Dès qu'on cesse de l'interroger, il recommence aussitôt à parler, comme il a été dit tout à l'heure.

Figure régulière, mobile, animée, un peu colorée; yeux très ouverts, brillants, mobiles, sans strabisme; pupilles égales et régulières, dilatées (7 millimètres à un jour un peu sombre), un peu paresseuses. — Vue et ouïe intactes; le malade dit ne pas avoir de bourdonnements dans les oreilles, n'éprouver ni céphalalgie, ni

aucune autre souffrance. Sensibilité cutanée normale ; mouvements assurés sans tremblement ni soubresauts des tendons.

Poitrine large, bien conformée, avec percussion et auscultation normales partout. Battements de cœur un peu tumultueux, irréguliers pour la force seulement, sans bruit anormal.

Langue bien tirée, nette et humide, ni tremblante ni déviée ; soif médiocre, pas d'envies de vomir, pas d'éructations. Abdomen bien conformé, souple et indolent. Pas d'érection du pénis, ni de traces d'éjaculation ; pouls à 130, plein, légèrement irrégulier pour la force, peau un peu chaude sans moiteur. (Illicò : *Saignée de 300 grammes. Sinapismes aux membres inférieurs.*)

La saignée est pratiquée sans opposition de la part du malade ; le sang coule en jet, et après repos, il offre un caillot peu volumineux, non retroussé sur ses bords, de moyenne consistance et sans traces de couenne. — Peu à peu l'agitation s'apaise, et entre neuf et dix heures du soir le malade s'endort pour ne se réveiller que le lendemain matin à cinq heures. Pendant le sommeil le pouls est à 72.

20 *juin.* Aussitôt réveillé, le malade commence à parler comme la veille, d'abord à demi-voix, bientôt à voix plus élevée. Examiné à six et à neuf heures du matin, il présente *en tous points* les symptômes décrits hier soir ; seulement, au lieu de 130 pulsations, le pouls n'en donne que 120.

L'agitation persista jusqu'à dix heures du matin. A ce moment, le malade s'endormit de nouveau, pour se réveiller au bout de trois heures parfaitement raisonnable.

Le soir, la figure est bonne, naturelle, gaie ; le malade affirme n'éprouver aucune souffrance ; il se souvient de tout ce qui vient de se passer, et ne peut s'expliquer pourquoi il prononçait sans cesse le mot *balancier*, qui

ne lui rappelle aucun souvenir particulier. Les pupilles sont égales, régulières, contractiles, et ont 4 millimètres de diamètre au lieu de sept; l'appétit est vif, la chaleur naturelle, le pouls à 72, parfaitement régulier.

Depuis lors, le délire ne s'est reproduit chez ce malade sous aucune forme, et pendant les six mois où je l'observai encore, les accès épileptiques ont reparu comme par le passé, c'est-à-dire rarement.

Au premier abord, ce fait, comparé à ceux qui le précèdent, semble se présenter avec une physionomie exceptionnelle. Mais les différences qu'il nous offre sont plus apparentes que réelles et ne me semblent pas porter sur le fond des choses. Nous voyons, en effet, le malade en proie à une agitation grande, parlant et gesticulant avec animation; il ne cherche ni à nuire ni à s'échapper; il semble être sous l'empire exclusif de certaines idées, puisque, dans ses propos décousus et incohérents, un même mot reparaît invariablement. Chez lui, le délire constitue toute la maladie; le début en est brusque et subit, la marche irrégulière, et la terminaison a lieu tout à coup, à la suite de quelques heures de sommeil. En sorte que, sous ces divers rapports, nous retrouvons tous les traits généraux que nous connaissons déjà en partie du délire agité dans les cas de courte durée. Il est vrai, et c'est en cela seulement que ce malade diffère de tous les autres que j'ai observés, qu'interpellé, il répond avec une parfaite exactitude aux questions qu'on lui adresse; mais il est à remarquer que, tout en répondant avec justesse, même alors, il conserve l'animation de la parole et du geste, et que, dès que l'on cesse de le questionner, il recommence aussitôt ses propos incohérents. Il semblerait qu'ici le trouble des idées serait seulement moins profond que chez les autres malades, puisque l'*attention* peut encore être momenta-

nément fixée ; mais ces seules différences me semblent n'exprimer qu'un degré différent d'intensité, et à mon sens ne sauraient justifier la mise à part du fait qui nous occupe.

Sans vouloir anticiper sur des questions qui seront examinées plus tard, je ne puis m'empêcher de présenter quelques remarques au sujet des variations offertes par le pouls. Nous avons vu en effet ce dernier qui, pendant l'agitation, était à 130 et 120 pulsations, tomber promptement à 72, soit pendant le sommeil, soit aussitôt après la cessation du délire. Or ces variations si promptes et si considérables excluent à elles seules l'idée d'un véritable mouvement de fièvre. Il est évident que l'accélération du pouls était l'effet de l'agitation à la fois physique et morale du malade. Chez les autres sujets agités, le chiffre du pouls a présenté des oscillations semblables, en rapport avec le degré de l'agitation. Mais cette dernière, bien plus grande chez eux, a nécessité l'emploi de la camisole de force ; les malades s'y débattaient avec violence, en sorte que l'on aurait pu considérer l'accélération du pouls dans les paroxysmes comme l'effet en quelque sorte mécanique de la seule agitation physique. L'observation actuelle dans laquelle cette agitation physique bien moins considérable était insuffisante pour expliquer à elle seule la grande accélération du pouls, est donc précieuse au point de vue qui nous occupe, puisqu'elle nous indique clairement que les passions des malades ont sur la circulation une part d'influence qui ne saurait être négligée.

§ 3. — *État des organes des sens ; de la motilité ; de la sensibilité ; du sommeil.*

L'étude des organes des sens, de la motilité, de la sensibilité et du sommeil a été faite avec un soin particu-

lier. Néanmoins les symptômes observés se réduisent à peu de chose. Je vais les exposer en signalant en même temps la non-existence de certaines circonstances importantes pour le diagnostic des affections des centres nerveux.

1° *État des sens.* — S'il est impossible de savoir si les malades ont éprouvé quelque sensation anormale du côté de la vue, en revanche, ce que l'on peut affirmer, c'est que chez aucun d'eux, il n'y eut ni abolition de la vision, ni strabisme, ni mouvements convulsifs des globes oculaires ni des paupières, hors le moment, bien entendu, des accès d'épilepsie.

Dans neuf cas, j'ai étudié avec un soin extrême, jour par jour, l'état des pupilles sous le triple rapport de leurs dimensions, de leur forme et de leur contractilité. Voici ce que j'ai constaté :

Dans aucun cas, les pupilles n'ont offert d'étroitesse, au moins d'une manière durable. Chez trois sujets, leurs dimensions ont été, pendant tout le cours du délire, naturelles, ou à peu près naturelles (2 et demi et 4 millimètres). Dans les six cas restants, il y eut au contraire un état habituel de dilatation notable, parfois même considérable, de l'ouverture pupillaire : son diamètre ne fut jamais moindre de 4 millimètres; deux fois, chez des sujets différents, il atteignit 7 millimètres, et le plus ordinairement il en présentait 5 ou 6.

Quelle qu'ait été l'ampleur des pupilles, ces dernières ont toujours été régulières et égales d'un côté à l'autre ; et quant à leur contractilité, elle paraissait plutôt augmentée que diminuée.

Dans l'un des cas (obs. II), elle fut momentanément fort exagérée, car le plus léger mouvement d'élévation ou d'abaissement des paupières déterminait aussitôt des

oscillations rapides et très étendues dans les mouvements de l'iris (1).

En recherchant avec attention s'il existait un rapport quelconque entre les divers états des pupilles, et telle forme et tels symptômes, etc., du délire, je ne suis arrivé qu'à des résultats négatifs. Ainsi, 1° il n'existait pas une différence essentielle sous le rapport de l'intensité et de la forme des symptômes cérébraux, entre les cas où les pupilles avaient des dimensions naturelles et ceux où elles étaient notablement dilatées; 2° et chez chaque malade leur diamètre n'était ni plus ni moins considérable dans les moments d'agitation intense que dans les intervalles de calme, au commencement du délire qu'à son déclin.

Chez aucun malade la *surdité* même légère n'a pas été observée; l'inverse fut même remarqué chez trois d'entre eux qui offrirent une finesse de l'ouïe très remarquable et évidemment exagérée.

Des épistaxis même légères n'ont été observées dans aucun cas.

2° La *contracture*, les *mouvements convulsifs* autres que ceux liés aux accès d'épilepsie, les soubresauts des tendons, le tremblement analogue à celui du *delirium tremens*, ont vainement été recherchés dans tous les cas. Il en est de même de la *paralysie* du sentiment et du mouvement, à l'exception d'un cas dont il sera question à l'article relatif à la *marche de l'épilepsie* pendant le cours du délire.

(1) Je rappellerai au lecteur qu'en moyenne le diamètre, d'ailleurs peu variable, de la cornée transparente, est de 10 millimètres. J'ai cherché à examiner les pupilles de mes malades dans des conditions de lumière, autant que possible, égales pour tous. Quant à la mensuration, elle a toujours été faite en approchant de l'œil, le plus possible, un instrument portant les divisions du mètre, mode de procéder qui, sans être irréprochable, est néanmoins préférable à des à peu près. Enfin, aucun des malades n'avait été traité par des agents capables d'agir d'une manière spéciale sur la contractilité de l'iris.

Quant aux *douleurs* et aux autres sensations pénibles, elles n'ont été accusées qu'un petit nombre de fois, soit qu'en réalité elles aient fait défaut le plus souvent, soit que, masquées en quelque sorte par le délire, elles n'aient pas été perçues par les malades, ou ne l'aient été que d'une manière incomplète. Trois sujets seulement accusèrent de la céphalalgie, mais momentanément et sans fournir de détails; et deux autres, enfin, déjà au déclin du délire et dans l'intervalle presque lucide de deux paroxysmes, se plaignirent d'une fatigue extrême et d'un endolorissement général.

3° *État du sommeil.* L'insomnie eut lieu dans tous les cas sans exception, mais avec d'assez grandes différences qui paraissaient liées à l'intensité plus ou moins grande du délire, et non à la médication employée; puisqu'à l'exception d'un cas dont il sera question tout à l'heure, les narcotiques n'ont pas été prescrits. Dans les premiers jours du délire, le sommeil était généralement très court, souvent interrompu, quelquefois tout à fait nul; mais lorsque la maladie approchait de sa fin, il était plus prolongé, au point que les malades dormaient de une à trois heures chaque nuit, rarement davantage. L'un des sujets (Observ. II) offrit un exemple remarquable d'insomnie : celle-ci dura *huit jours entiers*, sans qu'il y aît eu un seul instant de sommeil, ni le jour, ni la nuit. J'ajouterai que dans une atteinte de délire, antérieure à celle-ci de quatre mois, et un peu moins intense, ce même malade éprouva déjà une insomnie complète pendant les trois premiers jours, et qu'au bout de ce temps, il commença à sommeiller par rares intervalles à la suite d'applications d'opium aqueux, faites matin et soir, et à la dose de 3 à 5 centigrammes, à la surface de larges vésicatoires volants, placés dans ce but à la surface interne des cuisses.

§ 4. — *État des voies respiratoires et digestives.*

1° A part une accélération variable de la *respiration*, en rapport avec les mouvements plus ou moins violents, les efforts, les cris auxquels les malades se livraient, à part aussi un enrouement parfois très prononcé, résultat évident de cris très violents et continuels, qui se manifesta chez les sujets dont le délire dépassa trois ou quatre jours en durée, à part ces circonstances, rien d'anormal n'a été observé du côté des voies respiratoires.

2° Quelle qu'ait été l'intensité du délire agité, dans tous les faits où il ne persista pas au delà de quatre ou cinq jours, la *langue* resta nette et bien humide. Mais dans les cas (la moitié environ) où la maladie dépassa ce terme, la langue naturelle, ou à peu près naturelle jusqu'alors, devint blanchâtre et collante chez trois d'entre eux dont l'agitation était médiocre; blanchâtre et collante d'abord, puis tout à fait sèche et brunâtre chez les autres, dont les cris étaient fréquents et prolongés; et qui même dans les rares intervalles de calme ou de sommeil respiraient la bouche ouverte. La langue ne fut tremblotante que chez le malade de l'observation II, au déclin du délire qui, ainsi qu'on l'a vu, avait offert une intensité extrême.

L'appétit parut conservé chez quelques sujets et dans les premiers jours; mais il se perdit plus tard, lorsque la langue cessa d'être naturelle; quant à la *soif*, bien que les malades aient rarement demandé à boire, ils avalaient, pour la plupart, avec avidité les boissons qu'on leur présentait.

Le ventre fut toujours bien conformé, sans météorisme, indolent à la pression. Il prit une forme concave chez trois malades dans les derniers jours d'un délire intense avec amaigrissement rapide.

Quant aux *selles*, quelquefois naturelles, plus souvent rares et très solides, elles furent chez deux sujets tellement difficiles que l'usage des purgatifs salins et de l'huile de ricin devint indispensable. Il n'y eut chez aucun malade ni nausées, ni vomissements à aucune époque du délire.

§ 5. — *État des voies circulatoires.*

A l'exception d'une accélération très variable dans les battements du cœur, et dont l'étude du pouls nous donnera la mesure, je n'ai constaté rien d'anormal du côté de cet organe, sauf trois fois chez des sujets différents, des irrégularités passagères dans la force et le retour de ses battements, et chez un autre malade un bruit de souffle assez marqué terminant le premier bruit, et se prolongeant avec force dans les gros vaisseaux du cou. Survenu à la suite d'une saignée de 500 grammes, il ne tarda pas à disparaître entièrement.

Mais l'étude du *pouls* faite avec soin, deux ou trois fois chaque jour pendant toute la durée du délire, dans quatorze des dix-sept cas qui nous occcupent, présente des résultats dignes de remarque. Sa *fréquence* variait extrêmement suivant le moment où on le comptait. Dans les paroxysmes, elle était toujours assez considérable, souvent extrême, et constamment en rapport direct avec l'intensité des cris et de l'agitation musculaire : trois fois chez des sujets différents, pendant une agitation excessive, la fréquence du pouls atteignit les chiffres de 150 à 160 pulsations. Mais lorsque l'agitation, perdant sa force, faisait place brusquement ou peu à peu à un état de délire plus calme, alors on voyait le pouls perdre de sa fréquence rapidement ou peu à peu, suivant le cas, et descendre de 50, 60 et même 70 pulsations. De telle sorte que l'on pouvait constater presque d'un moment

à l'autre, chez le même malade, les différences énormes de 40 à 60 pulsations ou même davantage.

Au surplus, à l'appui de ce que je viens de dire, et pour mieux faire ressortir à quel point le nombre des pulsations artérielles était subordonné au degré d'agitation, je vais exposer, dans le tableau suivant, deux cas comme exemples. J'y place en regard le degré d'agitation, le chiffre du pouls et l'état de la chaleur et des sueurs.

N° d'ordre.	Dates.	Degré d'agitation.	Pouls à	Chaleur, sueurs.
1er cas.	1er jour	Agitation prononcée.	130	Ch. élevée, moiteur.
	2e —	Même état. (Saignée de 30 gr. la veille.)	120	Idem.
	Le soir	Sommeil	72	Chal. naturelle.
	3e jour	Le délire ayant disparu depuis 5 heures de temps. . . .	72	Idem.
2e cas.	1er jour	Délire calme.	80	Chal. naturelle.
	2e —	Agitation très grande	152	Ch. élevée, sueurs.
	3e —	Id. (Saignée de 500 gr. la veille.). . . .	130	Idem.
	4e et 5e	Agitation médiocre.	100	Chal. moins élevée.
	6e —	Agitation très grande	140	Ch. élevée, sueurs.
	7e —	Délire calme	88	Ch. presque natur.
	8e —	Convalescence. . . .	80	Chal. naturelle.

Il serait inutile de multiplier ces exemples ; qu'il me suffise de dire que, sauf les exceptions qui vont être indiquées, chacun des autres faits de délire agité aurait pu servir à remplir ce tableau, et à établir clairement que le degré de chaleur et d'accélération du pouls était

directement sous la double influence des passions qui agitaient les malades, et des efforts musculaires, des cris violents auxquels ils se livraient. Toutefois dans les cas les plus graves, dont l'observation IIe nous offre un exemple, et surtout dans les derniers jours, le pouls, bien que se ralentissant encore un peu dans les intervalles des paroxysmes, conservait néanmoins alors une accélération notable, laquelle persista encore pendant deux ou trois jours après que le délire eut complétement disparu. Chez ces malades, il y avait en même temps de la chaleur, en un mot un véritable mouvement de fièvre, dont le développement s'explique aisément par l'intensité excessive et par la persistance de l'agitation et de l'insomnie.

Habituellement plein, dur, net et régulier chez la plupart des sujets, le pouls n'offrit que chez trois d'entre eux et passagèrement au moment d'une accélération très grande, un peu d'irrégularité. Enfin, dans un autre cas et pendant un seul jour, il fut très évidemment *dicrote*, sans qu'il ait été possible de trouver la raison de cette circonstance dans l'exploration attentive *des battements* du cœur.

État du sang. Les caractères physiques du sang notés dans neuf saignées assez copieuses du bras pratiquées chez six sujets dans les moments où l'agitation était le plus prononcée, furent les suivants : Huit fois le volume du caillot était notable, sa consistance ferme ; une fois il était mou et peu volumineux. Le sang de ces neuf saignées a coulé en jet et non en bavant, et toujours la couenne a manqué complétement à la surface du caillot.

§ 6. — *Frissons, chaleur, sueurs, éruptions, escarres.*

J'ai recherché avec beaucoup de soin, et toujours inutilement, si les malades avaient ressenti des *frissons*,

soit au début, soit à toute autre époque du délire. En sorte que l'absence de ce symptôme est un fait démontré.

Sauf les cas indiqués tout à l'heure, où il y avait accidentellement de la fièvre, la *chaleur* du corps, ainsi que nous l'a montré le tableau qui précède, était, comme le chiffre du pouls, en rapport direct avec l'agitation. Il en était de même des *sueurs* qui n'existaient guère que lorsque cette agitation était très prononcée.

Le sujet de l'observation II, l'un de ceux que nous avons vu avoir de la fièvre à la fin du délire, est le seul qui ait présenté une éruption passagère de *miliaire* et des *escarres* situées au niveau des olécrânes. Ces dernières étaient le résultat évident des frottements continuels de ces parties sur la toile rude des manches de la camisole de force.

§ 7. — *État des organes génito-urinaires.*

1° Le sujet dont l'*attention* pouvait encore être fixée (obs. III) demandait un bassin lorsqu'il éprouvait quelque besoin. Tous les autres urinèrent dans leur lit pendant toute la durée du délire, non par le fait d'une incontinence d'urine qui n'existait pas, mais évidemment parce que, distraits par les idées délirantes, ils étaient devenus inattentifs sur ce point.

2° Quant aux organes génitaux, ils n'ont offert quelque circonstance notable que chez deux malades. L'un d'eux, homme vigoureux de quarante et un ans, eut chaque jour, du deuxième au dixième et dernier jour du délire, une ou deux pollutions constatées par le nombre, l'aspect, l'odeur *suí generis* des taches observées sur la chemise. Ces pertes séminales sembleraient avoir été indépendantes de tout attouchement, le malade ayant été constamment contenu par la camisole de force.

Le pénis ne fut jamais trouvé en érection ; il n'existait pas de blennorrhagie, et rien dans ses propos, d'ailleurs incohérents, ni dans ses *gestes*, n'a pu faire soupçonner qu'il fût sous l'empire d'idées lascives. Chez le second malade, au contraire, la surexcitation des organes génitaux, les gestes lascifs auxquels il se livrait sans cesse ont constitué le trait le plus saillant de la maladie, depuis le début jusqu'à la fin. Mais, chose singulière, quelle qu'ait été l'attention apportée dans cette recherche, on n'a pu constater aucune émission séminale. L'observation de ce malade est d'ailleurs trop remarquable pour ne pas la rapporter ici avec quelques détails.

IV

IVe OBSERVATION. — *Épilepsie ; délire agité ; satyriasis.*

Un boulanger, âgé de vingt ans, d'une taille moyenne (1m,650), d'un embonpoint médiocre, très musculeux, ayant les cheveux châtain foncé, les yeux d'une couleur claire, la peau blanche, peu ou point de barbe, est admis, comme épileptique, dans la division de Leuret, à Bicêtre, le 10 mars 1842.

Issu de père et de mère qui ne sont ni aliénés ni épileptiques, il ne sait à quoi attribuer sa maladie. De sept à quinze ans, il alla à l'école, ayant peu de zèle pour l'étude, la mémoire ingrate, le caractère plutôt gai que triste, mais susceptible et emporté. A quinze ans, il commença à travailler comme apprenti boulanger chez son père. A dix-huit ans, du Mans, sa ville natale, il alla à Saumur travailler de son état, et c'est dans cette ville que débuta l'épilepsie. Avant cette époque il ne fut jamais malade à garder le lit, n'a jamais reçu de coups graves sur la tête, ni éprouvé de frayeur vive, ni de chagrins violents : parfois il éprouvait un peu de céphalalgie, qui n'était ni fréquente ni intense ; mais jamais il ne fut sujet à éprouver des étour-

dissements, ni rien qui ait quelque ressemblance avec le vertige épileptique. Rares excès alcooliques. Adonné à la masturbation depuis l'âge de seize ans, mais, assure-t-il, jamais à un degré excessif.

Le premier accès d'épilepsie apparut en janvier 1841. Depuis lors, ces accès, tantôt uniques, d'autres fois au nombre de trois ou quatre dans le même jour, revinrent à des intervalles irréguliers de une à trois semaines. Deux mois après le début, le malade vint à l'Hôtel-Dieu de Paris, y séjourna cinq mois, y subit un traitement interne dont il ignore la nature, et sortit sans amélioration. Un an après, nouveau séjour dans le même hôpital, d'où il sort pour être transféré le même jour à Bicêtre.

C'est pendant ce deuxième séjour à l'Hôtel-Dieu, un an environ après le début de l'épilepsie, qu'il fut pris pour la première fois de délire agité.

A son arrivée à Bicêtre, on note l'état suivant : Intelligence assez médiocre, réponses justes, parfaitement raisonnables ; la mémoire paraît médiocre, mais néanmoins meilleure que ne le dit le malade lui-même, qui se plaint de son affaiblissement depuis qu'il est malade. Il ne souffre, d'ailleurs, nulle part, et toutes les fonctions s'exécutent régulièrement ; il mange la portion entière.

Un accès d'épilepsie, le 14 mars. Le 26 suivant, il est pris tout à coup de délire furieux, sans idée prédominante, sans symptômes du côté des organes génitaux, et dont il est convalescent le 8 avril suivant. Dès cette époque, jusqu'au 29 du même mois, le malade est parfaitement bien, s'occupe à divers travaux, et pendant ce laps de temps, il éprouve sept accès de grand mal épileptique, le dernier dans la nuit du 26.

Le 29 avril au matin, le malade est calme, parfaitement raisonnable, accuse une légère céphalalgie fron-

tale, n'a aucune fièvre et mange la portion entière. Un peu avant midi, se trouvant avec plusieurs camarades dans le réfectoire, il commença tout à coup à se masturber sans chercher à se cacher. On l'entraîna aussitôt dans son dortoir; mais là, laissé libre un instant, il essaya sur-le-champ de recommencer. On lui mit aussitôt la camisole de force : il paraissait très animé, tenait des propos lascifs interrompus par des éclats de rire. L'agitation, les cris augmentent et persistent sans interruption dans la soirée et la nuit suivante, bien qu'une saignée de 400 grammes ait été pratiquée à huit heures du soir.

Le 30 avril au matin, le malade, maintenu par la camisole de force, est dans l'état suivant : Face médiocrement colorée, grimaçante par intervalles, sans mouvements convulsifs, yeux largement ouverts, mobiles, parallèles; pupilles égales, régulières, mobiles, dilatées (6 millimètres de diamètre à un jour assez clair); vue bonne, ouïe fine. Le malade s'agite dans son lit et exécute sans interruption des mouvements érotiques du bassin. La verge est en érection forte et permanente depuis hier; testicules médiocrement rétractés; pas de traces d'émission de semence, ni d'écoulement blennorrhagique. Il prononce sans cesse les paroles *je ne le puis pas* ou *je le voudrais bien*, avec des intonations éclatantes. Lorsqu'on lui adresse une question, le malade se tait un instant, puis recommence bientôt sans avoir répondu. Il est évidemment tout entier sous la préoccupation d'idées lascives, mais on ne peut saisir dans ses paroles, toujours les mêmes, aucune expression significative. — Langue assez bien tirée, non tremblante, légèrement blanchâtre, assez humide; déglutition facile, il avale les boissons qu'on lui présente, mais il ne demande jamais à boire. Pas de vomissements.—Abdomen peu volumineux, bien conformé. Une selle dure et urines rendues dans le lit. Impulsion notable des battements

du cœur, qui sont nets, réguliers, sans bruit anormal. Pouls assez plein, dur, à 160, très légèrement irrégulier par intervalles. Chaleur élevée avec moiteur. (*Limonade 3 pots; trois petits lavements avec addition dans chaque de 4 grammes d'asa fœtida; bain tiède de quatre heures avec eau froide sur la tête; diète absolue.*)

Dans la soirée, le malade, n'offrant aucun changement, bien que la prescription du matin ait été exécutée en entier, on pratique une saignée du bras de 400 grammes, dont le sang, qui coule en jet, offre, après repos, un caillot volumineux et dense, sans traces de couenne.

1er *mai.* Une heure d'assoupissement dans la nuit dernière. Mêmes caractères et même intensité du délire, même état des organes génitaux, toujours sans éjaculation. Langue sèche, rousse et fendillée. Pouls à 120, régulier; chaleur élevée. (*Limonade* 3 *pots. Eau froide sur la tête, diète.*)

Le 2 mai. Même état en tous points; fatigue plus grande, raucité de la voix; pouls toujours à 120. (*Limonade* 3 *pots;* 3 *lavements d'eau fraîche;* 10 *sangsues au périnée;* 4 *frictions sur tout le corps, avec l'huile camphrée;* 4 *sinapismes appliqués successivement aux membres inférieurs;* 2 *bouillons.*)

La prescription qui précède est exécutée en tous points; les sangsues fournissent une notable quantité de sang, et dans la soirée on constate, pour la première fois, une amélioration non douteuse dans l'état du malade. Il pousse ses cris à plus longs intervalles et avec moins d'énergie, les mouvements du bassin sont aussi moins fréquents et moins prononcés; l'érection du pénis moins forte. Le malade ne répond pas aux questions; langue toujours brune et sèche, regard moins animé, pupilles égales et régulières, offrant 3 millimètres seulement de diamètre. Moins de chaleur à la peau; pouls descendu à 110.

3 *mai.* — Sommeil de cinq ou six heures pendant la nuit dernière. Actuellement figure calme, médiocrement colorée, regard presque naturel. Le malade garde un silence obstiné, et reste immobile dans son lit. Persistance de l'érection du pénis, quoique à un plus faible degré. Pouls à 104, régulier; peau médiocrement chaude. — Ce matin une selle solide et urines rendues dans le lit. (*Limonade; bain, frictions camphrées;* 2 *vermicelles.*)

Le 4 mai. — Même état que la veille. Pouls à 100.

Le 5 mai. — Nuit calme. Actuellement air sombre; réponses brèves aux questions; aucun propos incohérent; flaccidité complète du pénis. Langue humide, en partie nettoyée de l'enduit brunâtre qui la recouvrait; appétit. Le malade demande le bassin lorsqu'il éprouve quelque besoin. Pouls à 76, régulier; chaleur naturelle. (*Les trois cinquièmes de la portion d'aliments.*) — La camisole de force est enlevée, et à partir de ce moment, la convalescence est rapide. — Pendant tout le cours du délire, il n'a point eu d'accès d'épilepsie, ni de pertes séminales; et le malade n'a pas été soumis, soit par des *vésicatoires*, soit autrement, à l'action des cantharides.

Il n'est pas difficile de retrouver, dans l'histoire de c malade, tous les traits généraux que nous connaissons déjà du délire agité. L'excitation était très grande, le trouble des idées profond et général. Les seules circonstances que ce fait nous offre de particulier, c'est la prédominance des idées érotiques et l'excitation des organes génitaux qui se sont montrées du commencement à la fin du délire. Est-ce dans la nature des idées délirantes qu'est le point de départ de l'éréthisme sexuel, ou bien doit-on admettre l'inverse en se basant sur la chute du délire aussitôt qu'après l'emploi des frictions camphrées générales et des sangsues au périnée, l'érection a eu cédé ? Je l'ignore entièrement, et je crois qu'avec ce seul fait

la question est insoluble, et dès lors toute digression sur ce sujet au moins inutile. Je me bornerai à noter que, quant aux causes qui auraient pu contribuer à imprimer au délire la tendance qui nous occupe, soit que l'on étudie les antécédents qui nous montrent deux atteintes antérieures de délire, chez ce sujet, sans symptômes de satyriasis, soit que l'on recherche les causes locales d'excitation des organes génitaux, on n'arrive qu'à des résultats entièrement négatifs. Le malade n'offrait ni blennorrhagie, ni symptômes d'une affection de la vessie, et, d'un autre côté, il n'avait pas été soumis à l'action spéciale des cantharides. On aurait pu croire au premier abord que la masturbation avait précédé le délire, et avait ainsi imprimé à ce dernier prêt à éclater sa physionomie spéciale. Mais en examinant les choses avec attention, j'ai pu aisément me convaincre que l'acte honteux auquel le malade s'était livré sans retenue devant ses camarades, et qui contrastait avec sa réserve habituelle, n'était autre chose qu'un effet du délire, dont il n'était que la première manifestation.

Le peu de succès du traitement général, surtout des quatre abondantes saignées qui ont été faites, et, au contraire, l'amélioration si considérable qui a suivi immédiatement l'emploi des frictions camphrées et des sangsues au périnée, méritent d'être remarqués. Mais tout en faisant la part de l'action favorable de ces derniers moyens, il est bon de ne pas oublier l'irrégularité extrême du délire dans sa marche, l'incertitude non moins grande de sa durée, et la possibilité dès lors que l'action de ces moyens se soit bornée à *déterminer* simplement une guérison déjà prête à se déclarer. Ce n'est qu'en employant ce traitement dès le début des accidents, dans des cas pareils à celui qui précède, que l'on pourra se prononcer sur son efficacité.

Résumé des symptômes et remarques.

En résumé, dans le délire agité, du côté des organes des sens, de la motilité, de la sensibilité, du sommeil, tout se bornait à une insomnie plus ou moins marquée chez tous les sujets, à une exagération de la finesse de l'ouïe chez quelques autres, et chez la plupart enfin à une ampleur anormale des pupilles qui, pour être restée inexplicable, n'était pas en tout cas la traduction d'une altération matérielle des centres nerveux, dont elle eût été dans cette hypothèse l'unique symptôme.

L'étude attentive des variations si considérables du pouls nous démontre que, sauf exceptions accidentelles, le chiffre des pulsations était toujours en rapport direct avec le degré d'agitation morale et physique des sujets, et qu'il en était de même de la chaleur à la peau et des sueurs, circonstances qui, jointes à l'absence de frissons, à celle de toute trace de couenne à la surface du caillot des saignées, suffisent pour refuser au délire agité un caractère inflammatoire, et pour établir que c'est une affection sans fièvre, au moins primitivement. La constatation de ce fait, aisée pour les cas légers, n'était pas sans difficultés pour les cas de délire très intense avec agitation violente et à peu près continuelle. Ce n'est que par l'observation assidue des malades que l'on a pu s'assurer de la vérité.

Il n'y eut véritablement de la fièvre, à un degré plus ou moins marqué, qu'accidentellement, concurremment avec divers autres symptômes également accidentels, tels que la blancheur, puis la sécheresse avec couleur brune de la langue, la raucité de la voix; un amaigrissement plus ou moins prononcé. Ces divers symptômes secondaires n'ont été observés que dans les cas graves, et seulement passé le quatrième ou le cinquième jour

dans les cas dont la durée a dépassé ce terme. Ils étaient la conséquence évidente et en quelque sorte forcée de la violence du délire, de la fatigue extrême des malades, de leurs cris continuels, de leur longue insomnie.

En somme, il résulterait de ce qui précède que le délire agité est une affection sans fièvre, au moins primitivement, sans symptômes indiquant ou pouvant faire soupçonner la lésion matérielle d'aucun organe, et que le trouble des idées, joint à une surexcitation physique dont il va être question, constitue au fond toute la maladie. Ses rapports sont donc intimes, pour ne rien dire de plus, avec le délire tranquille décrit en premier lieu. Il n'en diffère que par une intensité plus grande et par son caractère expansif. Or qui pourrait songer à établir une distinction tranchée, basée sur ce seul caractère? Ne verrons-nous pas d'ailleurs, dans l'observation V déjà citée et qui va être rapportée tout à l'heure, ces deux formes réunies dans une même atteinte, c'est-à-dire sept jours de délire tranquille, être immédiatement précédés et suivis de délire agité des mieux caractérisés et des plus intenses ?

Nous avons vu que, dans les cas de délire tranquille, certains sujets étaient gais, d'autres sombres et concentrés; qu'un autre enfin était complétement absorbé par des idées qui n'étaient ni la colère ni la joie. — Dans les cas de délire agité, les malades étaient sous l'empire de passions violentes et expansives, colère, fureur, joie désordonnée, etc. Ni la persuasion, ni les menaces, ni l'appareil de la force n'avaient sur eux aucune influence. Mais à côté du trouble des idées, il y avait aussi un autre élément, une surexcitation physique, un besoin impérieux, non raisonné, de mouvement. Dans onze cas, cette surexcitation physique a préexisté au délire pendant un espace de temps qui a varié de quelques heures à six jours, et plus tard, lorsque ce der-

nier a été déclaré, nous l'avons vue au service, si l'on peut ainsi dire, des diverses passions des malades, accompagner aussi bien les élans d'une gaieté désordonnée que les emportements de la colère, et dans d'autres cas, donner à la parole et au geste une animation qui n'était pas en rapport avec les objets insignifiants du délire.

Le délire qui nous occupe est tout à fait comparable à un état que l'on observe fréquemment chez les aliénés, et sur lequel il est nécessaire de s'expliquer. Sous le titre de *fureur* des aliénés, on a généralement confondu deux états qui me semblent devoir être nettement distingués. Dans l'un, l'agitation éclate à la suite de mauvais traitements, de contrariétés, plus souvent de faux jugements, d'idées erronées sur les choses et les personnes. C'est pour se venger d'une injure réelle ou supposée, pour éviter ou combattre un danger imaginaire, etc., que l'aliéné cherche à nuire, à rompre ses liens, qu'il se livre aux efforts les plus violents et les plus désordonnés. Sa fureur est alors motivée et n'a rien d'automatique. — Dans l'autre état, les aliénés s'agitent sous l'influence de causes diverses : la menstruation chez les femmes, l'état orageux de l'atmosphère, etc. La surexcitation des malades accompagne alors aussi bien le délire gai, ou portant sur des sujets insignifiants, que celui dans lequel la colère ou d'autres passions violentes sont en jeu. L'agitation, au moins à son point de départ, est ici étrangère au délire de l'aliéné.

C'est avec ce dernier état que le délire des épileptiques offre une ressemblance frappante, pour ne pas dire une identité complète. Que penser dès lors de la *raison* des épileptiques, lorsqu'on voit, sous l'influence de causes que nous apprendrons plus tard être en partie les mêmes, se développer chez eux des accidents tout à fait comparables à ceux auxquels sont sujets les aliénés?

ARTICLE II. — MARCHE, DURÉE, TERMINAISON, CONVALESCENCE, RECHUTES DU DÉLIRE.

§ 1er. — *Marche.*

1° Dans tous les cas de *délire tranquille*, ce dernier *débuta* à la suite d'accès d'épilepsie. La maladie une fois déclarée, présenta chez tous les sujets une marche continue, sans paroxysmes, ni intervalles lucides, sans différences dans son intensité et ses autres caractères, à aucune époque de sa durée. Il était impossible de présager le retour à la raison qui fut complet, dans tous les cas, à la suite d'un sommeil paisible et plus ou moins prolongé.

2° Dans le *délire agité*, soit que le début ait eu lieu à la suite d'accès d'épilepsie, ou brusquement et sans que rien ait pu en faire soupçonner l'imminence, soit qu'il ait été précédé par ces indices de surexcitation qui ont été décrits sous le titre de *premiers symptômes*, en un mot, quel qu'ait été son mode de début, et aussi quelles qu'aient été sa violence et sa durée, la maladie présenta les mêmes caractères généraux.

Du commencement à la fin, le trouble des idées fut continu, sans intervalles lucides, chez tous les sujets sans exception.

Chez chacun d'eux, la nature des idées délirantes et leur mode de manifestation restèrent les mêmes pendant toute la durée de la maladie, en sorte que celle-ci conserva, chez tous les malades, la physionomie propre qu'elle avait présentée dès le début. Il faut toutefois en excepter le sujet de l'Observation V, dont je vais tout à l'heure rapporter l'histoire, chez lequel sept jours d'un véritable délire tranquille, avec une expression de la figure indiquant l'empire d'idées douces et agréables,

furent précédés et suivis d'une agitation prononcée qui indiquait clairement l'existence de la colère ou d'autres passions violentes et expansives.

Quant à l'agitation proprement dite, elle acquit chez tous les sujets, et en général dès les premiers moments, sa plus grande intensité, persista pendant toute la durée du délire, offrant par intervalles très irréguliers, et sans aucun caractère de périodicité, des moments d'un calme ordinairement très incomplet. Ces moments de répit ne correspondaient pas à une modification momentanée dans la nature des idées délirantes, mais semblaient plutôt être évidemment le résultat forcé de la fatigue écrasante qu'amenaient à leur suite les mouvements continuels et violents, les efforts, les cris, l'insomnie des malades. Rares et courts, en général, dans les premiers moments du délire, alors que les sujets étaient encore pleins de forces, ces moments de calme devenaient un peu plus rapprochés plus tard, mais sans arriver à égaler, comme durée, celle de l'agitation. C'est à partir du cinquième jour, dans les cas où la maladie dépassa ce terme, qu'apparurent les accidents secondaires dont il a été question tout à l'heure. Le retour à la raison eut lieu, en général, brusquement; dans aucun cas il ne fut précédé, même immédiatement, par des moments lucides, et eut lieu au bout d'un temps très variable que nous allons maintenant déterminer.

§ 2. — *Durée.*

J'entends parler ici de la durée du délire proprement dit, éliminant ainsi, soit ce qui a été décrit sous le titre de premiers symptômes, soit les divers accidents, toujours peu graves, que quelques malades ont offerts après leur retour à la raison, et dont il sera question tout à l'heure à propos de la *convalescence.*

Envisagée de cette façon, la durée du délire a pu être déterminée avec exactitude dans tous les cas, moins un.

1° Dans le *délire tranquille*, cette durée a été en moyenne de trois jours; termes extrêmes : deux et cinq jours.

2° Fixée avec précision dans seize des dix-sept cas de *délire agité*, elle fut en moyenne de six jours; termes extrêmes : seize heures et quinze jours. Dans treize de ces cas, le chiffre de la durée du délire était moindre que sept jours.

J'ajoute que les symptômes d'excitation cérébrale, qui, dans onze de ces cas ont précédé le délire proprement dit, ont offert une durée qui a varié entre les termes extrêmes de six heures et six jours.

J'ai vainement recherché les causes de ces énormes différences de durée qu'offraient entre eux les divers cas de délire agité. Elles ne sont attribuables ni à la diversité du traitement, puisque celui-ci a été le même ou à peu de choses près chez les divers sujets, ni à l'époque du délire où il a été mis en usage, puisqu'il l'a été dans tous les cas, dès l'invasion des accidents. — Les accès d'épilepsie, observés dans le cours du délire, dans cinq cas dont il sera question plus loin, n'ont également exercé *aucune* influence appréciable sous le rapport qui nous occupe; et l'on peut en dire autant des symptômes précurseurs dans les cas où ils ont existé, car il n'y eut aucun rapport constant entre leur durée et celle du délire qui leur succédait.

Quant aux rapports existants entre le mode de début du délire et sa durée, leur étude nous montre :

a. Que dans les treize cas où la maladie a éclaté indépendamment des accès d'épilepsie, à côté de cas légers sans doute, c'est dans ce groupe que se trouvent tous les exemples de délire très intense, tous ceux dont la durée a dépassé quatre jours.

b. Tandis que dans les quatre atteintes qui ont eu lieu à la suite d'accès, le délire a présenté une intensité relativement moindre, et une durée qui a varié entre deux et quatre jours seulement. Et comme nous retrouvons une durée tout aussi restreinte dans les cas de délire tranquille, qui tous ont aussi débuté à la suite d'accès épileptiques, il paraîtra naturel, sinon d'en conclure, tout au moins de soupçonner que ces accès n'ont pas à eux seuls, comme cause du délire, toute l'influence que divers auteurs ont bien voulu leur accorder. Je reviendrai d'ailleurs sur cette question à propos des causes.

§ 3. — *Terminaison.*

Un seul malade a succombé. La mort est survenue au déclin du délire, à la suite d'accès nombreux d'épilepsie. Ainsi que je le dirai à l'occasion de ce fait (Observ. V), le grand nombre des accès ne saurait être considéré comme étant le résultat du délire. Dans tous les autres cas, la guérison fut complète et rapide ; après un sommeil plus ou moins prolongé, les malades se réveillaient raisonnables. A partir de ce moment, quelques uns recouvraient aussitôt leur santé habituelle, mais d'autres présentaient encore certains accidents que je vais décrire.

§ 4. — *Convalescence.*

Sous ce titre, je comprends l'état des malades, à dater du retour à la raison.

1° Dans les cinq cas de délire tranquille, les malades passèrent tout d'un coup et sans intermédiaire, à un état de santé satisfaisant.

2° Il en fut de même dans six cas de délire agité, dont la durée ne dépassa pas quatre ou cinq jours. Mais dans

les onze cas restants, dont la durée dépassa ce terme, les malades accusèrent une fatigue souvent extrême, de la courbature, un endolorissement général, de la pesanteur de tête, ou une véritable céphalalgie. Ils parlaient peu, étaient tristes, grondeurs, difficiles; leur mémoire était encore plus ou moins obtuse, mais chez tous toute trace d'aberration d'intelligence avait entièrement disparu. Ils avaient, en général, peu d'appétit, une soif plus ou moins vive, mais pas de fièvre. Dans sept des cas les plus graves, les malades avaient maigri d'une manière assez marquée. — L'intensité et la durée de ces symptômes furent, dans tous les cas, en rapport direct avec celle du délire qui les avait précédés; ils ne tardèrent pas à s'amender peu à peu, pour disparaître entièrement au bout de quelques jours (4 à 8 jours).

Ces divers acccidents furent portés à un degré exceptionnel chez le sujet de la deuxième observation, dont le délire, on s'en souvient, avait offert une violence extrême. Après le retour à la raison, la maigreur était notable, le pouls conservait un peu d'accélération, et ce n'est que quatorze jours après que, faible et maigre encore, il put rentrer dans son dortoir.

L'un des sujets (Obs. III[e]) avait conservé le souvenir de ses actes pendant le délire, tout en étant dans l'impossibilité d'en indiquer la raison; chez quelques autres qui furent interrogés sur ce point, ce souvenir était vague ou nul. La plupart ne répondaient d'ailleurs qu'avec une visible répugnance aux questions qu'on leur adressait sur ce sujet qui paraissait leur être désagréable.

Une fois entièrement rétablis, les divers malades ont offert sensiblement le même état qu'avant le délire, sous le rapport de leur mémoire et de leur intelligence. Dans aucun cas, je n'ai pu constater, sous ce rapport, aucune diminution appréciable.

§ 5. — *Rechutes.*

S'il est, ainsi que nous le verrons plus loin, dans la nature de l'affection qui nous occupe d'offrir de fréquentes *récidives*, il n'en serait pas de même des rechutes. Ces dernières n'ont, en effet, été observées dans aucun cas; circonstance d'autant plus remarquable, que, chez quelques malades, les causes, au moins apparentes, qui avaient amené le délire, se sont reproduites d'une manière identique à une époque très rapprochée de la guérison, et cela sans faire naître cette fois le plus léger trouble intellectuel. C'était surtout le cas des accès d'épilepsie dont la part d'action se trouve dès lors singulièrement amoindrie. Je reviendrai, d'ailleurs, encore sur ce sujet, lorsqu'il sera question des *causes.*

ARTICLE III. — LÉSIONS ANATOMIQUES ET NATURE DU DÉLIRE.

De nos quatorze malades, un seul a succombé. La mort est survenue au déclin du délire, à la suite d'accès de grand mal épileptique revenant coup sur coup dans l'espace de quelques heures. C'est l'histoire consciencieuse et exactement recueillie de ce malade, que je vais exposer dans cet article.

J'avais d'abord eu l'intention de rapprocher de ce fait quelques observations éparses dans divers travaux; mais j'ai dû y renoncer. Outre qu'elles étaient très incomplètes, la plupart étaient trop évidemment recueillies au point de vue d'une idée préconçue, l'inflammation des centres nerveux, pour que j'aie cru pouvoir les utiliser.

Vᵉ OBSERVATION. — *Délire alternativement tranquille et agité. Mort au déclin de la maladie, à la suite de soixante-dix accès de grand mal épileptique revenant coup sur coup dans l'espace de quelques heures. — Sérosité légèrement sanguinolente dans la pie-mère; flexuosités anciennes des veines de cette membrane, etc. Encéphale, moelle épinière sains, ainsi que les autres organes.*

Il s'agit d'un Polonais, âgé (en 1842) de vingt-neuf ans, né à Vilna, en France depuis dix ans. Il est grand (1ᵐ,750), bien proportionné, fortement musclé, d'un embonpoint moyen; les cheveux sont noirs, les yeux bruns, la peau fine, habituellement bien colorée.

Il est issu, à ce qu'il assure, de parents non épileptiques, et, jusque dans l'été de 1833, a toujours eu une bonne santé, n'a été sujet ni à la céphalalgie, ni aux étourdissements.

A cette dernière époque (il avait alors vingt ans), sans cause appréciable, n'ayant éprouvé aucune émotion morale vive, telle que de la frayeur ou de la colère, n'ayant pas reçu de coups sur la tête, il fut pris pour la première fois d'un accès bien caractérisé de grand mal épileptique. Des accès pareils revinrent dès lors avec une assez grande fréquence, et motivèrent, en juin 1836, son admission, à Bicêtre dans la division de Leuret.

A dater de son entrée dans cet établissement jusqu'au 1ᵉʳ janvier 1842, les accès d'épilepsie persistèrent comme par le passé, et, de plus, le malade fut pris à plusieurs reprises de délire et d'agitation, accidents qu'il n'avait jamais offerts auparavant, et sur lesquels il est impossible d'obtenir des renseignements circonstanciés.

Du 1ᵉʳ janvier au 15 mars suivant, pas de vertiges, mais quinze accès de grand mal épileptique (perte de connaissance, chute, mouvements convulsifs, etc.) ré-

partis de la manière suivante : dix en janvier, cinq en février, *aucun* dans la première quinzaine de mars. — Dans les intervalles de ces accès, le malade était bien portant, habituellement un peu taciturne, causant peu, mais sensément ; il ne souffrait pas de la tête, avait un excellent appétit, se promenait beaucoup, et se plaignait souvent de l'affaiblissement croissant, disait-il, de sa mémoire.

Le 15 mars au matin, rien d'extraordinaire dans l'état du malade. A midi environ, n'ayant fait aucun excès ni éprouvé de contrariété ou d'accès d'épilepsie, il est plus gai et plus communicatif qu'à l'ordinaire ; son regard est plus animé ; contre son habitude, il siffle ou chante par intervalles. — A six heures du soir, agitation plus prononcée, cris, chants, propos en langue étrangère ; il court dans les salles d'un air égaré ; saisi et attaché après une légère résistance, il est placé dans le dortoir destiné aux *agités*. — A huit heures du soir, on note l'état suivant : Le malade est maintenu fortement par la camisole de force dans un décubitus dorsal forcé ; agitation musculaire excessive ; mouvements incessants de tout le corps, soit pour se débarrasser de ses liens, soit comme pour obéir à un besoin impérieux de mouvement. Figure régulière, très colorée, ruisselante de sueur, très mobile dans son expression ; yeux largement ouverts, brillants, mobiles, sans strabisme ; vue conservée ; pupilles égales, régulières, contractiles, de grandeur moyenne (4 millim. de diamètre). — Finesse remarquable de l'ouïe ; le malade entend et répète une partie d'une conversation tenue à demi-voix à plusieurs mètres du pied de son lit. Éclats de rire, cris, propos incohérents sur tous les sujets indistinctement, tantôt en français, tantôt en polonais ; parfois injures grossières adressées aux personnes présentes. Lorsqu'on lui adresse des questions, il cesse de crier, se tait un instant, puis répond d'une manière

très incomplète, se bornant quelquefois à répéter quelques-uns des mots qu'on vient de lui adresser. — Sensibilité cutanée intacte; pas de mouvements convulsifs. — Exploration du thorax impraticable ; pas de toux. — Langue nette et humide, ni tremblante, ni déviée, tirée après hésitation, comme si le malade n'avait pas d'abord compris la demande qu'on lui faisait de la montrer. Ventre souple, bien conformé, non météorisé, sans développement anormal du foie ni de la rate. — Urines rendues dans le lit. — Peau chaude, moite ; pouls à 104, régulier, plein, dur (compté dans un moment où l'agitation n'était pas excessive). Il n'y a pas de frisson. (*Sinapismes aux membres inférieurs; eau froide en permanence sur la tête.*)

Au moment où on le quitte, il demande à être détaché ; mais sans attendre la réponse, il parle d'autre chose.

16 *mars*. Environ trois heures d'un sommeil léger et souvent interrompu pendant la nuit dernière. Actuellement, même état qu'hier soir en tous points. Pouls à 100, régulier (compté dans un moment d'agitation médiocre). (*Limonade 3 pots, sinapismes, eau froide sur la tête, diète.*)

17 *mars*. L'agitation a persisté hier dans la journée et une partie de la nuit. Actuellement, depuis quelques heures, il y a un calme parfait; le malade est couché sur le dos, immobile; figure régulière, médiocrement colorée, exprimant à un haut degré l'indolence et le bien-être ; yeux ouverts, pupilles égales, régulières, contractiles, d'un diamètre de 5 millimètres à un jour modéré. Malgré le calme, et bien que le malade ne paraisse pas étranger à ce qui l'entoure, on ne peut en obtenir aucune réponse, et il est évidemment sous l'influence d'idées délirantes, mais d'une nature douce et agréable. Il n'y a ni roideur ni résolution des membres,

rien de cataleptique. Pouls à 70, régulier, sans largeur; chaleur naturelle. (*Même prescription.*)

Pendant les six jours suivants jusqu'au 23 mars inclusivement, l'état qui précède persiste sans changement bien notable. Le malade garde le plus souvent un silence obstiné, ou ne répond que par monosyllabes. Langue humide bien tirée, appétit; selles et urines rendues dans le lit. Pouls lent; chaleur naturelle; pas d'accès d'épilepsie; sommeil tranquille et modéré. (*Limonade; aliments graduellement portés au cinquième de la portion.*)

Du 24 au 29 mars inclusivement, réapparition par intervalles de l'agitation, laquelle, à part sa moindre intensité, présente les caractères décrits le premier jour. Les intervalles de calme sont prolongés, et dans ces moments, le malade offre l'état décrit le 17 mars. Des accès de grand mal non suivis d'une augmentation *même momentanée* de l'agitation ont lieu au nombre de trois le 25, et de deux le 29 mars.

Le 30 mars au matin, un peu d'agitation sans fureur, le malade rit aux éclats sans motifs; il parle peu, et par intervalles presque raisonnablement. La langue bien tirée est un peu collante et légèrement jaunâtre; soif. Pouls à 72. (*Limon. 2 pots; bain; un cinquième d'aliments.*)

A six heures du soir, l'agitation a disparu; le malade semble absorbé dans ses pensées; le pouls est calme.

A neuf heures du soir, apparition d'accès de grand mal qui se succèdent chaque demi-heure d'abord, puis deviennent ensuite plus rapprochés, de telle sorte que, jusqu'à la visite du lendemain 31 mars, à sept heures du matin, on en a compté au moins trente, dans les intervalles desquels le malade ne reprit pas connaissance, ne poussa pas un cri, ne prononça pas une parole.

Le 31, à la visite du matin, le malade, qui vient d'avoir un accès, est couché sur le dos, sans mouvements, l'air assoupi, la figure régulière et un peu colorée. Sa respi-

ration est médiocrement accélérée, stertoreuse, et râlante par intervalles. Chaleur générale médiocre; pouls à 100, plein, dur, régulier. On pratique aussitôt une saignée du bras, de 300 grammes; le sang coule en jet et offre, après repos, un caillot volumineux, ferme, sans couenne et une médiocre quantité de sérum.

Immédiatement après la saignée, les accès reparaissent, persistent sans interruption (environ un chaque dix minutes) jusqu'à une heure et demie après midi; de telle sorte que l'on en compte encore de trente-six à quarante pendant ce laps de temps de six heures. Tous ces accès n'offraient entre eux que des intervalles de trois minutes environ, durant lesquels le malade restait plongé dans un état comateux, ayant la respiration haute et râlante; tous offraient les mêmes caractères qui étaient les suivants : pas de cri, mais simultanément suspension de la respiration, contraction de la figure, qui est sillonnée à un égal degré des deux côtés par des mouvements convulsifs rapides, renversement violent de la tête en arrière, couleur violette de la face avec turgescence et lividité des lèvres, roideur générale avec tremblement de *tout le corps* sans secousses convulsives très prononcées. Au bout de moins d'une minute de cet état, la respiration commence à se rétablir par secousses convulsives du thorax, et en même temps la langue venant frapper par saccades la partie postérieure des dents convulsivement serrées, expulse chaque fois un peu de salive mousseuse. Peu à peu, la roideur générale diminue pour faire place graduellement à un état de résolution; en même temps les mouvements respiratoires deviennent plus profonds, la coloration violacée de la figure et la turgescence des lèvres cessent, et le malade retombe enfin dans l'état comateux avec râle trachéal indiqué tout à l'heure.

Pendant l'accès, qui durait de six à huit minutes, le

pouls était accéléré (120 pulsations), irrégulier, la peau chaude et moite à la fin, et les globes oculaires, d'abord convulsés en bas et à droite, oscillaient ensuite dans des directions très variées.

A une heure et demie après midi, les accès cessent complétement, mais le malade ne reprend pas connaissance, reste plongé dans un coma profond, avec râle trachéal toujours plus prononcé. Une nouvelle saignée du bras de 300 grammes n'apporte aucun changement dans cet état, et la mort survient une demi-heure après le dernier accès d'épilepsie, la face étant dans les derniers moments plutôt pâle que congestionnée.

Il y eut en somme, au moins soixante-dix accès d'épilepsie pendant les seize dernières heures de l'existence.

Une heure après la mort, la face et tout le corps sont d'une pâleur extrême, les yeux non convulsés, la roideur musculaire générale et très prononcée.

Ouverture du cadavre vingt-quatre heures après la mort par un temps humide à + 5° centigrades.

État extérieur. Embonpoint conservé, roideur générale assez prononcée ; pas de traces de décomposition ; lèvres gonflées et livides ; le reste de la figure pâle.

Tête. Médiocrement volumineuse, bien conformée. Sa circonférence, mesurée avant l'ablation du cuir chevelu, et passant par la protubérance occipitale, et à 2 centimètres au-dessus de la tête des sourcils, est de 0m,570. — Cuir chevelu sain, ainsi que le crâne, dont l'épaisseur et la résistance sont médiocres, et qui n'adhère que médiocrement à la dure-mère. Celle-ci est saine, modérément tendue, et offre d'assez nombreuses granulations de Pacchioni dans le voisinage de la faux. Cavité de l'arachnoïde lisse, humide, sans traces d'adhérences, ou de couches pseudo-membraneuses anciennes ou ré-

centes. Le feuillet viscéral de la séreuse, généralement mince et transparent, n'offre pour toute altération qu'une couleur légèrement blanchâtre et un commencement d'opacité, disposés par places irrégulières, et situés de chaque côté de la scissure interlobaire, là où les granulations de Pacchioni sont les plus nombreuses; rien de pareil ailleurs. La pie-mère n'est nulle part ni épaissie ni friable; elle s'enlève partout avec assez de facilité, et sans entraîner aucune parcelle de la substance cérébrale. Cette membrane est infiltrée d'une médiocre quantité de sérosité, laquelle est légèrement sanguinolente en quelques points de la convexité du cerveau, et ailleurs limpide et incolore; nulle part louche ou d'aspect purulent. Enfin, les vaisseaux de la pie-mère, surtout à la convexité, sont notablement gorgés de sang, et les veines, naturellement assez volumineuses, qui viennent se jeter dans le sinus longitudinal supérieur, forment, dans leur trajet, des flexuosités extrêmement prononcées, de véritables circonvolutions, d'où résulte une augmentation réelle de la longueur normale de ces vaisseaux. Ces flexuosités sont aussi prononcées d'un côté que de l'autre; les veines qui en sont le siége n'offrent pas de dilatation partielle, et le sang qu'elles contiennent est noir et entièrement liquide.

Cerveau. — Les deux hémisphères sont égaux et parfaitement symétriques; leurs circonvolutions, bien lisses à leur surface, sont à l'état normal sous le rapport de leur coloration, de leur forme et de leur volume; elles ne sont pas *tassées*. L'examen minutieux de l'intérieur du cerveau ne fait constater d'autre altération appréciable qu'un sablé rouge médiocrement prononcé et général. Partout les deux substances grise et blanche sont à l'état normal sous le double rapport de la couleur et de la consistance. Les ventricules latéraux, médiocrement volumineux, contiennent chacun une cuillerée à soupe

environ de sérosité limpide et incolore. La membrane ventriculaire est bien lisse, ni épaissie, ni ramollie, sans aspect chagriné. — Corps striés, couches optiques, protubérance, tubercules quadrijumeaux, cervelet et son ventricule, toile et plexus choroïdes, nerfs de la base du crâne, sains, sans ramollissement ni induration appréciables. — Tous les sinus de la dure-mère, partout perméables, sont remplis de sang noir et liquide. Surface interne du crâne, la selle turcique, en particulier, bien conformée. Le corps pituitaire sain.

Rachis. — Quarante grammes de sérosité limpide et incolore s'écoulent à l'incision des membranes rachidiennes. Celles-ci sont parfaitement saines, et l'arachnoïde, en particulier, est d'une ténuité et d'une transparence parfaites. La moelle et son enveloppe immédiate sont également à l'état normal sous tous les rapports.

Cou. — Intégrité du larynx, de la trachée et de l'œsophage.

Thorax. — Les deux poumons, libres de toute adhérence, légèrement engoués dans leurs parties postérieures et inférieures, sont ailleurs souples et d'un rose grisâtre. Leur tissu, médiocrement humide, est sain sous tous les rapports. Les bronches contiennent un peu de mucus roussâtre, largement aéré.

Cœur. — Quelques cuillerées à soupe de sérosité limpide dans le péricarde. Le ventricule gauche du cœur est un peu hypertrophié (1) ; il contient dans sa cavité une médiocre quantité de sang noir, en partie coagulé. Endocarde et orifices sains, ainsi que l'aorte.

Abdomen.— Rien d'anormal dans le péritoine. Estomac médiocrement volumineux ; sa membrane muqueuse,

(1) L'hypertrophie du ventricule gauche était bien réelle, quoique peu prononcée. Cela résulte de la comparaison des mesures de ce ventricule avec les moyennes obtenues par M. Bizot, chez les hommes de trente à quarante ans. (Voyez *Mémoires de la Société médicale d'observation*, t. Ier.)

ainsi que celle des intestins grêle et gros, est à l'état normal pour la couleur, l'épaisseur et la consistance. Matières fécales solides dans le gros intestin. — Foie et reins d'un volume médiocre, sains. — Rate petite, rosée et ferme. — Vessie, organes génitaux à l'état normal.

J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de citer cette observation comme étant la seule parmi celles que j'ai recueillies, où l'on ait pu observer dans la même atteinte de délire les deux formes agitée et tranquille que j'ai décrites. Il serait donc inutile d'insister encore sur cette circonstance. Quant aux accès de grand mal épileptique, leur répétition coup sur coup a évidemment fait succomber le malade; mais il est à remarquer qu'il n'est pas très rare de voir la mort survenir de cette manière chez des épileptiques indépendamment du délire. Sur les cent quinze épileptiques de la division où j'observais, j'en ai observé deux autres exemples, dans l'espace de sept mois, et tous les auteurs qui ont écrit sur l'épilepsie signalent des cas de ce genre. En sorte qu'il n'existe aucune raison fondée pour croire que le délire, dont notre malade venait d'être atteint, ait été pour quelque chose dans le nombre si considérable de ces accès et dans leur retour sous forme presque subintrante.

J'arrive aux résultats de l'ouverture du cadavre. Comme il s'agissait dans ce cas d'épilepsie et de délire, on comprendra aisément la raison des minutieux détails que j'ai conservés à la description des centres nerveux. Les lésions, d'ailleurs si légères, que ces organes ont présentées étaient de deux ordres. Les unes, telles que la congestion sanguine générale et d'ailleurs médiocre de la masse encéphalique, et la teinte légèrement sanguinolente qu'offrait en quelques points la sérosité de la pie-mère, de la convexité du cerveau, ces lésions étaient, sans aucun doute, très récentes et appartenaient trop évidemment au

genre de mort, pour qu'il soit nécessaire de beaucoup insister sur ce point. — Les autres altérations, telles que le développement assez prononcé des granulations méningiennes, dites de Pacchioni, et les flexuosités des veines de la pie-mère de la convexité du cerveau, sont de date plus ancienne que les précédentes. Or, on observe trop fréquemment les granulations méningiennes dans une foule de cas très divers, et avec un degré de développement plus considérable qu'ici, pour que l'on puisse, dans le cas actuel, leur accorder aucune valeur en rapport avec les accidents éprouvés par le malade. Quant aux veines qui venaient se jeter dans le sinus longitudinal supérieur, elles n'offraient ni dilatations partielles comparables à celles des veines variqueuses, ni caillots; elles ne présentaient, en un mot, pour toute lésion que des flexuosités, mais tellement prononcées, qu'il était évident que leur longueur devait en être notablement augmentée. Cette disposition, si elle n'était pas congénitale (?) devait au moins être fort ancienne, et il n'est guère possible de lui accorder aucune part comme cause de l'épilepsie ou du délire. On serait plus fondé à se demander si elle ne serait pas plutôt l'effet des congestions fortes et répétées qui ont vraisemblablement lieu à chaque accès d'épilepsie, ou pendant l'agitation du délire? Mais s'il en était ainsi, on devrait la rencontrer communément à l'ouverture des corps des épileptiques et des aliénés, ce qui n'est pas; car la rareté de cette disposition est assez grande pour qu'à peine elle ait été mentionnée exceptionnellement par quelques anatomo-pathologistes.

A part les lésions dont je viens de m'occuper, il n'en existe dans les centres nerveux aucune autre qui corresponde à l'épilepsie et au délire. Tout y est à l'état normal sous le rapport de la forme, du volume, de la couleur et de la consistance.

Cette absence de toute altération qui corresponde au délire est bien en harmonie avec ce que les symptômes, la marche, etc., de cette affection pouvaient faire présumer. Chez ce malade, comme chez tous les autres, l'aberration de l'intelligence était tout, et l'intégrité des sens, l'absence de paralysie ou de contracture, de somnolence ou de coma, le manque de véritable fièvre, l'irrégularité dans la marche de la maladie, repoussaient à l'avance la pensée d'une lésion matérielle appréciable des centres nerveux.

D'après tout ce qui précède, il y a lieu de penser que des ouvertures de cadavre plus nombreuses n'ajouteraient probablement rien à ce que nous pouvons savoir dès à présent sur la nature de l'affection qui fait l'objet de ces recherches. C'est évidemment un délire nerveux, et l'on pourrait peut-être, à ce titre, tout aussi bien le considérer comme un symptôme que comme une complication de l'épilepsie *essentielle*.

ARTICLE IV. — DIAGNOSTIC ET PRONOSTIC.

§ 1er. — *Diagnostic.*

Nous avons vu que l'affection qui fait l'objet de ces recherches, quelle que soit sa forme, tranquille ou agitée, si on la dépouille des phénomènes accidentels que nous avons vus apparaître dans les cas les plus graves, consiste dans un symptôme à peu près unique, le délire. Or ce n'est pas dans un travail du genre de celui-ci, qui n'est que l'exposé analytique d'un nombre de faits trop restreint pour permettre de tracer définitivement l'histoire du délire des épileptiques, qu'il conviendrait de passer longuement en revue, au point de vue du diagnostic, les affections si nombreuses dans lesquelles le délire se manifeste, soit comme maladie essentielle, soit

comme symptôme. Je me bornerai donc, dans cet article, à quelques rapides remarques.

C'est vainement que l'on chercherait dans les diverses *formes* du trouble de l'intelligence qui constitue le délire, les éléments d'un diagnostic différentiel. Tous les auteurs qui, à diverses reprises, l'ont essayé, ont échoué dans cette tentative ; tous ont fini par reconnaître que ce n'est qu'en tenant compte des antécédents, de la marche de la maladie et des symptômes concomitants, qu'il est possible d'en poser les bases.

Dans les cas qui nous occupent, c'est en tenant compte de ces diverses circonstances, que l'on parviendra aisément, dans la plupart des cas, à ne pas les confondre avec la méningite aiguë, l'encéphalite, certaines affections typhoïdes, etc. Dans le *delirium tremens*, c'est la lésion caractéristique de la contraction musculaire ; dans le délire saturnin, ce sont les signes indiquant l'infection saturnine qui permettront surtout d'éviter l'erreur. — Les indices qui accusent l'infection par les préparations de plomb sont, on le sait, la teinte jaunâtre de la figure, le liséré ardoisé des gencives, les paralysies, l'amaurose, etc. ; l'existence de coliques antérieures. Sans ces symptômes qui s'observent isolément ou réunis en plus ou moins grand nombre chez les divers sujets, le diagnostic entre le délire saturnin et le délire aigu des épileptiques serait impossible. En effet, le délire saturnin, tel qu'il a été décrit par M. Grisolle d'abord (1) et plus tard par M. Tanquerel (2), offre avec celui qui nous occupe la plus étrange ressemblance. Comme ce dernier, il présente deux formes : tantôt il est tranquille, tantôt, et c'est le cas le plus ordinaire, il est furieux : brusque début, marche irrégulière, durée très variable, tout est

(1) *Journal hebdomadaire des Progrès des sciences et institutions médicales*, décembre 1836.

(2) *Traité des maladies de plomb*, Paris, 1839.

parfaitement semblable. Il n'y a pas jusqu'aux accès d'épilepsie dont l'apparition au milieu des désordres de l'intelligence n'éclairerait en rien le diagnostic, puisque ces accès peuvent se montrer dans les deux espèces de délire, et que, d'un autre côté, ceux de l'épilepsie saturnine, quoi qu'on ait pu faire, ne sauraient être distingués avec quelque certitude de ceux de l'épilepsie ordinaire. — Cette parité entre les effets de l'intoxication saturnine et l'épilepsie avec ses complications essentielles, est assurément des plus remarquables. Ne semblerait-il pas dès lors, si les fondements d'une soi-disant doctrine qu'il est inutile de nommer étaient sérieux, que les préparations de plomb devraient fournir l'agent spécifique destiné à guérir l'épilepsie ?

Dans les remarques qui suivent le résumé des symptômes, j'ai déjà signalé l'analogie qu'offre l'affection qui fait l'objet de ce travail, non avec la fureur *motivée* des aliénés, mais avec l'*agitation* que l'on voit fréquemment survenir chez ces derniers sous l'influence de causes *étrangères* à leur délire. Je renvoie le lecteur à ce que j'en ai dit, me bornant à ajouter que le diagnostic entre ces deux affections ne me semble guère possible.

§ 2. — *Pronostic.*

Nous avons vu qu'à l'exception d'un cas où la mort est survenue indépendamment du délire, tous les autres se sont terminés heureusement par une guérison complète et généralement prompte. — L'apparition, dès le commencement de l'affection, d'un sommeil plus ou moins prolongé, présageait une atteinte légère. Les cas de délire tranquille et ceux de délire agité dont le début avait eu lieu à la suite d'accès d'épilepsie, ont tous offert une durée sensiblement moindre que la plupart des

autres. — En sorte que le pronostic de l'atteinte de délire considérée comme affection isolée, se présenterait en somme comme peu grave.

Mais lorsque nous saurons, ainsi qu'on le verra plus loin, qu'à peu près toujours, sinon toujours, à une première atteinte en succèdent d'autres plus ou moins rapprochées, de telle sorte que chacune d'elles devra être considérée comme l'un des accès d'une affection irrégulièrement intermittente, dont le dernier terme est vraisemblablement l'aliénation continue, il ne sera guère possible de se dissimuler la gravité du pronostic de cette affection prise dans son ensemble. N'est-il pas d'ailleurs à craindre qu'au point de vue du pronostic et de la curabilité de l'épilepsie, cette complication n'ait une fâcheuse influence ?

ARTICLE V. — TRAITEMENT.

Le traitement employé dans les divers cas que nous avons étudiés a été peu compliqué.

1° Dans les cas de *délire tranquille*, tout s'est borné à une réduction plus ou moins notable dans la quantité des aliments, à des applications révulsives aux membres inférieurs, et d'eau froide sur la tête; à l'usage de tisane de chiendent nitrée en boisson. En outre, chez un seul malade, au deuxième jour d'un délire qui en dura cinq, il fut fait, sans amélioration, au moins immédiate, une application de quinze ventouses scarifiées à la nuque.

2° Dans tous les cas de *délire agité*, le traitement plus actif a consisté, outre une diète plus ou moins rigoureuse, jointe à l'usage des boissons rafraîchissantes, dans l'emploi des saignées au bras, et des bains tièdes, à peu près quotidiens, de trois ou quatre heures de durée, avec applications d'eau froide sur la tête. Les saignées, qui furent, en général, de 3 ou 400 grammes chacune, ont

été pratiquées, dans *tous* les cas, au moins une fois, et réitérées jusqu'à trois et quatre fois dans les cas les plus graves. A ces moyens ont été surajoutés : 1° dans un cas, pendant les trois premiers jours d'un délire agité qui a duré huit jours, avec intensité, des applications, matin et soir, de 5 centigrammes, chaque fois, d'extrait aqueux d'opium, à la surface d'un large vésicatoire placé à la partie interne de l'une des cuisses; 2° dans un autre cas, relatif au sujet atteint de satyriasis (Observ. IVe), des frictions camphrées sur tout le corps, et l'application, au périnée, de dix sangsues qui ont abondamment saigné. La guérison a suivi de très près l'emploi de ces derniers moyens; mais lorsqu'ils ont été mis en usage, le malade était déjà arrivé au quatrième jour de la maladie, et l'on doit se demander, si, employés dès le début, ils n'auraient pas échoué, et si leur action ne s'est pas bornée, ainsi que j'en ai déjà fait la remarque, à déterminer une guérison déjà prête à se déclarer.

Il est assez difficile d'apprécier l'influence de ce traitement, dont le caractère antiphlogistique était justifié, sinon par la nature du délire, tout au moins par la violence de l'agitation, et par la vigoureuse constitution des sujets. Dans tous les cas, il a été employé dès le début des accidents, avec une énergie proportionnée à la gravité des symptômes. En sorte que ce n'est ni par l'espèce de médication, puisque au fond elle a été la même dans tous les cas, ni par l'époque plus ou moins rapprochée du début où elle aurait été mise en usage, que l'on peut se rendre compte des différences si considérables d'intensité et de durée qu'ont offertes entre elles les diverses atteintes de délire. Ces différences tiennent évidemment à ce que la maladie offrait en elle-même chez les divers sujets, une gravité très différente, qu'en d'autres termes, il y avait des cas légers, et d'autres plus ou moins graves

dont le traitement antiphlogistique a été impuissant à empêcher le développement.

Il y aurait lieu de rechercher si un traitement plus en rapport avec ce que nous savons de la nature nerveuse du délire, qui consisterait dans l'emploi réitéré des bains tièdes très prolongés de huit ou dix heures, par exemple, dans l'usage intérieur et à doses élevées des antispasmodiques tels que le valérianate de zinc, ou l'oxyde blanc du même métal, employé avec succès par M. Herpin dans le traitement de l'épilepsie, dans celui des narcotiques, ne serait pas de nature à fournir des résultats plus favorables.

CHAPITRE II.

DE LA MARCHE DE L'ÉPILEPSIE PENDANT LA DURÉE ET DANS LES INTERVALLES DU DÉLIRE.

ARTICLE PREMIER. — DES ACCÈS D'ÉPILEPSIE PENDANT LE DÉLIRE.

Je possède des renseignements très précis relativement à l'objet de cet article sur seize des vingt-deux atteintes de délire qui ont servi à l'analyse des symptômes. Il ne sera pas question ici des vertiges, trop difficiles à observer, et qui, s'ils ont existé, ont passé inaperçus.

Les accès d'épilepsie ont complétement manqué dans onze de ces cas, dont trois sont relatifs au délire tranquille. Dans six d'entre eux, la durée d'ailleurs très courte du délire était moindre que l'espace de temps qui, dans l'état habituel, séparait le retour de ces accès. C'était l'inverse dans les cinq cas restants ; la durée relativement assez longue du délire ayant été, chose assez remarquable, pour chacun des sujets qui en étaient atteints, plus considérable que l'intervalle habituel qui séparait les accès de grand mal.

Les accès d'épilepsie ont au contraire persisté dans cinq des seize cas dont il a été question, tous relatifs au délire agité. — Dans deux, il y eut un accès unique, l'avant-dernier jour du délire qui ne dura que quatre jours. — Dans un troisième cas, il y en eut trois médiocrement violents aux troisième, sixième et onzième jours du délire. Celui du troisième jour avec cette particularité qu'il y eut immédiatement après tiraillement *à gauche* de la bouche; déviation de la pointe de la langue du même côté, avec embarras notable de la parole, le tout sans hémiplégie et sans modification appréciable en plus ou en moins dans l'intensité, d'ailleurs moyenne à ce moment-là, de l'agitation. Ces accidents, dus évidemment à une simple congestion sanguine et probablement locale du cerveau, avaient complétement disparu au bout d'environ onze heures de durée à la suite d'une saignée au bras. — Dans un quatrième cas de délire qui dura quatorze jours, le malade éprouva un accès de grand mal le sixième et un autre le onzième jour, et le douzième enfin, on observa chez lui des accidents nerveux moins bien dessinés, qui étaient les suivants : de huit heures du matin à deux heures après midi, on donna sept fois à boire au malade, et chaque fois sans exception, aussitôt qu'il en était aux dernières gorgées de boisson, il les rejetait sous forme de mousse, en poussant un léger gémissement, puis il restait immobile et silencieux, ayant la figure régulière et médiocrement colorée, une perte complète de la connaissance, du mouvement et du sentiment; sans le plus léger mouvement convulsif, sans roideur aucune, sauf une constriction assez forte des mâchoires. Au bout d'une minute environ, le malade revenait à lui, paraissait étonné, et bientôt recommençait ses cris et ses divagations comme auparavant. Des accidents pareils survinrent une fois seulement sans qu'on lui ait donné à boire. Ces espèces d'accès, dont deux

ont été observés et décrits par moi-même, que l'on remarquait pour la première fois chez ce malade, et que l'on ne peut considérer que comme l'une des mille formes que peuvent revêtir les phénomènes épileptiques, ne reparurent plus dès lors. — Enfin, dans le cinquième et dernier des faits qui nous occupent, le malade ayant éprouvé, le dixième jour du délire, trois accès, et deux autres le quatorzième, fut repris le quinzième jour, au moment où le délire paraissait toucher à son déclin, de nouveaux accès qui se succédèrent au nombre de soixante-dix dans l'espace de seize heures, et amenèrent la mort par asphyxie. Ainsi que j'en ai fait la remarque à propos de ce fait (Observ. V[e]), comme il n'est pas très rare de voir la mort survenir de cette manière chez des épileptiques non atteints de délire, il n'existe aucune raison fondée pour croire que ce dernier soit, dans le cas actuel, pour quelque chose dans le nombre si considérable de ces accès, dans leur retour, sous forme presque subintrante, et, par conséquent, dans la mort qui en a été le résultat.

En définitive, de tout ce qui vient d'être exposé et autant qu'il est permis d'en juger, d'après un nombre de faits aussi restreint, il semblerait résulter que les accès d'épilepsie ne seraient dans aucun rapport fixe, assujettis à aucune loi, par rapport au délire, manquant dans certains cas, se montrant dans d'autres, que le délire soit tranquille ou agité, de longue ou de courte durée, qu'il ait ou non débuté à la suite d'accès.

Ce qui me reste à dire tend d'ailleurs singulièrement à confirmer ce rôle *indifférent* que sembleraient jouer les accès d'épilepsie, par rapport au délire une fois déclaré. Ainsi, dans les cinq cas examinés en dernier lieu, l'agitation n'a été ni augmentée, ni diminuée d'une manière appréciable après leur apparition, même immédiatement après.

Enfin, dans les deux tiers de nos vingt-deux atteintes de délire, des accès d'épilepsie s'étant manifestés en nombre variable du premier au troisième jour, à dater du retour à la raison, ils n'ont été, dans aucun de ces cas, l'occasion d'une rechute, même passagère.

ARTICLE II. — DES ACCÈS D'ÉPILEPSIE DANS LES INTERVALLES DU DÉLIRE.

Je vais exposer, dans cet article, l'état des accès d'épilepsie, observés avec beaucoup de soin, pendant sept mois, chez douze de nos quatorze malades. J'y joindrai, à titre d'éléments de comparaison, les résultats de l'observation de trente-deux autres épileptiques de la division de Leuret, de ceux, ainsi que je l'ai dit dans les *préliminaires*, qui n'avaient jamais offert de délire. Ils ont été étudiés au même point de vue que les précédents, avec le même soin et pendant le même espace de temps.

Le temps consacré à ces observations est trop court et le nombre des sujets trop restreint pour qu'il soit possible d'en tirer autre chose que des aperçus. Ces documents ne sont donc, pour le moment, que de simples renseignements, mais, plus tard, ils pourront être utilisés pour des recherches plus étendues. Les voici brièvement et sans longs commentaires.

Rapports de fréquence entre les vertiges et les accès de grand mal.

	Épileptiques atteints de délire.	Autres épileptiques.
Ayant chaque jour ou presque chaque jour un ou plusieurs vertiges et plus rarement des accès de grand mal.	2	5
Ayant des accès de grand mal plus ou moins nombreux et plus rarement des vertiges.	10	27
Totaux.	12 malades.	32 malades.

La plupart des vertiges passant inaperçus, on n'a pu les compter chez chacun des malades, comme on a compté les accès de grand mal. D'où il résulte que dans le tableau qui précède, je n'ai noté, comme offrant une prédominance des vertiges, que les malades chez qui cette forme d'accès était extrêmement fréquente. Or, ces derniers se trouvent en proportion à peu près égale, un sixième environ, dans les deux groupes de faits.

Voici des détails plus précis et plus étendus au sujet des accès de grand mal :

Retour le jour ou la nuit.

	Épileptiques atteints de délire.	Autres épileptiques.
Ayant des accès de grand mal revenant :		
Le jour seulement.	1	4
Plus souvent le jour.	4	8
La nuit seulement.	0	1
Plus souvent la nuit	6	9
Également le jour et la nuit. .	1	10
Total.	12 malades.	32 malades.

Dans le tableau suivant, je vais indiquer non pas le retour exact des accès, c'eût été impossible, mais leur retour le plus ordinaire. Le mot *jour* sera ici synonyme de *vingt-quatre heures*.

Retour habituel des accès de grand mal.

	Épileptiques atteints de délire.	Autres épileptiques.
Ayant des accès de grand mal revenant :		
Tous les jours.	1	0
Tous les deux jours.	0	1
Tous les trois ou quatre jours.	2	5
Tous les six ou huit jours. . .	2	6
Tous les dix jours.	5	6
Tous les quinze jours.	1	8
Tous les mois.	1	4
Tous les deux mois.	0	1
N'ayant pas eu d'accès pendant cinq mois	0	1
Total.	12 malades.	32 malades.

On n'arriverait à aucun aperçu de quelque intérêt, si l'on se bornait à comparer un à un les chiffres qui se correspondent dans les deux colonnes dont se compose ce tableau. Au contraire, si nous additionnons, dans chacune de ces colonnes, les sujets chez qui le retour des accès est le plus fréquent, depuis ceux qui en éprouvaient chaque jour, jusqu'à ceux inclusivement qui n'en étaient atteints que tous les dix jours, nous aurons pour la première colonne la proportion de dix jours sur douze, ou les 5/6, et pour la seconde dix-huit sur trente-deux, c'est-à-dire seulement un peu plus de la moitié. En sorte que le retour des accès serait de beaucoup plus fréquent chez les épileptiques sujets au délire que chez les autres?

Ceci n'est d'ailleurs qu'un simple aperçu, mais qui méritait d'être mis en saillie. Jusqu'à ce que des faits beaucoup plus nombreux que ceux que j'ai recueillis soient venus le contrôler, il ne saurait logiquement servir de point de départ à aucune remarque.

CHAPITRE III.

DU RETOUR ET DE L'ENCHAINEMENT DES ATTEINTES DE DÉLIRE.

L'histoire générale du délire, c'est-à-dire du retour et de l'enchaînement des diverses atteintes, de leur influence sur l'état physique et intellectuel des sujets qui en sont atteints, etc., suppose nécessairement, soit l'observation continue des mêmes malades pendant un temps considérable, ce que je n'ai pu faire, soit des renseignements très précis. Mais ces derniers, portant sur des faits accomplis depuis longtemps, n'ont pu être recueillis avec toute l'exactitude désirable. Il en résulte que ce chapitre, qui devrait être l'un des plus importants de ce travail, est nécessairement resté très incomplet. J'ai préféré qu'il en fût ainsi, plutôt que d'utiliser des faits d'une exactitude douteuse, et par là même plutôt nuisibles que profitables à la science.

J'ignore s'il existe des exemples d'épileptiques n'ayant eu en leur vie qu'une seule atteinte de délire, qui, une fois guérie, n'aurait plus reparu. En tout cas, il est certain que chez la très grande majorité des sujets, à une première atteinte en succèdent d'autres, à intervalles plus ou moins rapprochés, de telle sorte que l'affection qui nous occupe, prise dans son ensemble, offre alors les allures d'une affection irrégulièrement intermittente.

A part un sujet (obs. IIIe) chez lequel j'ai observé la première atteinte de délire, tous les autres, antérieurement à l'époque où ils ont été l'objet de mes remarques, en avaient été pris un nombre de fois plus ou moins considérable. Il était notoire parmi les employés et les autres malades de la division qu'ils étaient sujets à s'agiter : eux-mêmes en convenaient, mais soit défaut de mémoire, soit chez quelques-uns, répugnance bien vi-

sible à s'étendre sur un sujet évidemment pénible pour eux, ils n'ont pu ou voulu fournir des renseignements suffisamment circonstanciés sur le chiffre et les autres circonstances de ces atteintes.

Pendant les sept mois durant lesquels j'ai observé, les récidives ont été assez nombreuses. Comme on le sait, vingt-deux atteintes ont été recueillies chez quatorze malades. Voici comment elles étaient réparties :

Les cinq cas de délire tranquille ont été observés chez quatre malades. Un seul par conséquent en a été pris à deux reprises. Les dix sujets restants ont fourni les dix-sept cas de délire agité. Cinq d'entre eux ont été pris chacun une fois ; des cinq autres, trois en ont été atteints chacun deux fois ; et les deux autres chacun trois fois.

Ainsi pendant le laps de temps qui nous occupe, six sujets ont présenté des récidives. Celles-ci furent séparées par des intervalles qui varièrent entre les termes extrêmes de 3 et 19 semaines. Comparées entre elles chez chacun des sujets qui les avaient offertes, ces récidives présentaient d'une manière générale d'assez nombreux rapports de forme, d'intensité, de durée. Ce qui concorde entièrement avec cette circonstance, que parmi les employés un peu anciens de la division, ces divers malades étaient connus comme ayant les uns le délire habituellement violent et prolongé ; d'autres des atteintes ordinairement légères. Toutefois il est à noter, que chez l'un des malades (obs. IVe), on n'observa pas dans une précédente atteinte cette surexcitation des organes génitaux qui existait à un degré si remarquable dans celle dont j'ai donné la description ; et que chez un autre sujet pris de délire en janvier, en mars et en juin, il y eut la première fois des pollutions répétées qui ne furent plus observées dès lors, bien que dans les deux atteintes suivantes ce malade ait été surveillé sous ce rapport avec une scrupuleuse attention.

Si l'on s'en rapportait à l'état qu'offraient les malades dans les intervalles des atteintes de délire, on pourrait penser, au premier abord, que ces dernières n'exerceraient pas sur les facultés intellectuelles une influence fâcheuse bien évidente. Car dans ces intervalles, ils ne conservaient aucune aberration de l'intelligence, et ainsi qu'on le verra au chapitre des causes, la mémoire, bien que plus ou moins affaiblie chez la plupart, ne l'était pas néanmoins à un degré très prononcé. Mais il est à remarquer que nos sujets étaient tous ou assez jeunes ou dans la force de l'âge, et qu'à part un d'entre eux qui avait éprouvé la première atteinte de délire dix ans auparavant, chez tous ceux des autres chez lesquels on avait pu fixer avec exactitude le début de cette complication, celle-ci ne remontait pas au delà de un à trois ans. En sorte que chez la plupart le délire était une affection relativement de date récente, et l'on ne peut dès lors en tirer aucune déduction pour des cas plus anciens. A l'époque où j'observais, il existait dans la division de Leuret un certain nombre d'épileptiques généralement plus âgés que les précédents, maniaques ou déments, agités par intervalles, et dont je n'ai pu tenir compte dans mon travail, faute d'avoir pu me procurer des renseignements à leur sujet. Et l'on est fondé à se demander si l'état d'aliénation continue, dans lequel ils étaient plongés, n'était pas le dernier terme, au moins pour quelques-uns, d'une affection primitivement intermittente de la nature de celle qui fait l'objet de ces recherches.

Il est assez à présumer que les choses se passent de cette manière, et c'est, en effet, l'opinion émise par les auteurs. Mais je n'ai pu trouver à l'appui de leur assertion que quelques observations tellement succinctes, qu'elles ne peuvent être d'aucune utilité pour l'étude sérieuse et circonstanciée des questions que mes faits laissent indécises.

CHAPITRE IV.

RECHERCHE DES CAUSES.

ARTICLE PREMIER. — CAUSES PRÉDISPOSANTES.

1° *Épilepsie.* — Le délire n'a précédé dans aucun cas le début de l'épilepsie. Celle-ci doit donc en être considérée comme la cause première. Mais comme bon nombre d'épileptiques ne présentent jamais cette complication, il est nécessaire de rechercher si chez nos quatorze malades il n'existerait pas, dans l'époque du début de l'épilepsie, dans la nature des causes qui l'ont produite, dans sa forme, sa marche, etc., quelque particularité qui pourrait rendre compte de la prédisposition au délire. Après avoir étudié ces diverses circonstances, j'exposerai ce qui est relatif à la constitution, au tempérament des sujets, etc.

Voici d'abord dans le tableau suivant, qui nous servira de point de départ, l'indication de l'âge auquel a débuté l'épilepsie, de l'époque à laquelle est apparue la première atteinte de délire, et enfin de l'âge actuel des malades.

N° d'ord. des sujets.	Début de l'épilepsie. (Premier accès de grand mal.)	Première atteinte de délire.	Age actuel.
1	à 28 ans (vertiges dès l'enfance)	à 39 ans.	41 ans.
2	» 13 »	» 17 »	17 »
3	» 16 »	» 18 »	20 »
4	» 17 »	» 17 »	20 »
5	» 18 »	» 19 »	20 »
6	» 23 »	» 28 »	38 »
7	» 26 » (vertiges depuis l'âge de 22 ans). .	» 29 »	31 »
8	» 9 mois.	Indéterminée.	15 »
9	» 14 ans.	idem.	28 »
10	» 15 »	idem.	35 »
11	» 20 »	idem.	29 »
12	» 20 »	idem.	29 »
13	» 21 »	idem.	31 »
14	Indéterminé	idem.	31 »

a. Relativement à l'âge auquel l'épilepsie a débuté chez nos malades, nous voyons que, chez la plupart, ce début a eu lieu jusqu'à vingt ans. Et si nous cherchons un terme de comparaison dans les cas d'épilepsie dont le début a été déterminé par MM. Boucher et Cazauvielh (66 cas), M. Beau (219 cas), et Leuret (100 cas) (1), nous aurons un chiffre de 385 épileptiques, sur lequel 322, c'est-à-dire les 5/6, ont vu la maladie apparaître de la naissance à l'âge de trente ans. D'où il résulte évidemment, que sous le rapport de l'époque de la vie à laquelle l'épilepsie a débuté, nos malades n'offrent rien qui sorte de la règle ordinaire.

b. Ainsi que l'indique le tableau qui précède, la première apparition du délire n'a pu être fixée avec précision que chez la moitié des sujets. Chez l'un de ces

(1) Voyez *Archives générales de médecine*, 1825, t. IX, p. 410 et suiv.; 2e série, 1836, t. XI, p. 328 et suiv.; 3e série, 1843, t. II, p. 32 et suiv.

derniers, le délire est apparu dès les premiers mois qui ont suivi le début de l'épilepsie; chez d'autres, 3, 4, 5 ans après; chez un autre, seulement au bout de 11 ans. Ces documents sont bien restreints sans doute; néanmoins il en découle cette remarque : c'est que l'affection qui nous occupe n'est pas, au moins dans bon nombre de cas, une complication de l'épilepsie déjà ancienne, ainsi qu'on aurait peut-être pu le supposer *à priori*.

c. Les circonstances relatives aux *causes* de l'épilepsie ont pu être étudiées chez neuf sujets. Six d'entre eux n'avaient aucun parent aliéné ou épileptique; un avait un oncle, frère du père, épileptique à Charenton; un autre une sœur idiote; un dernier enfin, faisait partie d'une famille nombreuse, dont tous les membres, père et mère, frères et sœurs étaient excessivement colériques; lui-même l'était à un degré très prononcé, dès son enfance.

Quant aux *causes déterminantes* de l'épilepsie, quatre malades n'en purent indiquer aucune; un accusa des mauvais traitements habituels (obs. III[e]); un sixième, jusqu'alors bien portant, fit à l'âge de quinze ans et demi une chute de cheval sur le front, avec blessure des téguments de cette région, dont la cicatrice existe encore, sans enfoncement ni fracture du crâne, sans accidents cérébraux consécutifs. Il y eut cependant à partir de ce moment des maux de tête habituels, à la vérité peu intenses, mais qui au bout de cinq mois et demi furent suivis de l'apparition du premier accès de grand mal épileptique. Quant aux trois derniers sujets, ils attribuaient l'épilepsie à une vive frayeur éprouvée dans des circonstances assez remarquables pour être mentionnées. Chez l'un d'eux, celui dont l'oncle était épileptique (obs. I[re]), frayeur vive d'un éléphant, suivie de vertiges fréquents, à peu près quotidiens pendant quatre ans. Au bout de ce temps, apparition du premier accès de grand mal au milieu

d'une violente colère. Un autre, encore presque enfant (quinze ans), est mordu à l'improviste au bras par un gros chien. La morsure qui fut profonde, et dont la cicatrice existe encore très prononcée, fut suivie immédiatement de perte de connaissance. Depuis lors ce jeune homme est resté épileptique. Enfin, le dernier sujet étant à l'âge de vingt-un ans soldat en Afrique, combattait en tirailleur dans un engagement contre les Arabes. En se repliant sur un camarade, qu'il savait embusqué dans un buisson voisin, il n'en trouva que le cadavre qui venait d'être décapité par l'ennemi. Notre malade tombe aussitôt sans connaissance, et à partir de ce moment il est resté épileptique.

d. Chez nos quatorze malades, l'épilepsie était essentielle, c'est-à-dire qu'elle n'était le symptôme d'aucune affection matérielle appréciable soit congénitale, soit acquise. Chez neuf d'entre eux seulement, j'ai pu obtenir des renseignements un peu circonstanciés, soit sur la *forme* des accès d'épilepsie, soit au sujet de leur *nombre* et de la *marche* de l'épilepsie à partir de son début.

Voici ces détails :

Forme des accès. Vertiges. — Antérieurement à la première atteinte de grand mal, deux malades seulement éprouvèrent, l'un pendant quatre ans (obs. Ire), l'autre depuis l'enfance et pendant vingt-huit ans environ, des vertiges très fréquents, à peu près quotidiens, et assez bien caractérisés pour ne laisser aucun doute sinon sur l'existence déclarée, bien réelle, de l'épilepsie, tout au moins sur une propension menaçante à cette affection. Et chose remarquable, et qui est bien de nature à amoindrir la part d'influence que l'on aurait pu attribuer au vertige épileptique dans la production du délire, c'est que chez le dernier sujet, malgré l'ancienneté et la fréquence de ces vertiges, ce n'est que onze ans après le premier accès de grand mal, à trente-neuf ans, qu'il a déliré pour

la première fois. A partir du premier accès de grand mal, les vertiges persistèrent chez les deux sujets qui précèdent, mais en diminuant de fréquence ; chez deux autres ils sont notés fréquents ; chez les cinq autres ils étaient exceptionnels ou manquaient entièrement.

Quant aux *accès de grand mal*, autant qu'il est permis d'ajouter foi aux résultats d'un interrogatoire minutieux sans doute, mais portant sur des circonstances d'une date déjà plus ou moins éloignée, ces accès n'auraient offert dans leurs symptômes rien d'exceptionnel. Chez sept malades, la perte de connaissance était subite, sans aucun indice avant-coureur; chez deux, il existait un *aura*. L'un de ces derniers éprouvait la sensation d'un *vent* qui, partant de l'épigastre, montait dans la poitrine, puis arrivait aussitôt la perte de connaissance, avant que le malade ait eu le temps de s'asseoir. Chez l'autre sujet, celui qui était devenu épileptique à la suite d'une chute de cheval avec blessure au front, l'*aura* consistait toujours dans une forte crampe des muscles de la région thénar de la main gauche, puis au bout d'un temps évalué à quelques secondes et qui lui permettait habituellement de s'asseoir, arrivait la perte de connaissance et l'évolution des phénomènes de l'accès, sans que jamais il y ait eu de sensation de crampe qui aurait remonté le membre supérieur gauche. L'accès de grand mal était toujours précédé de l'*aura* en question ; mais en revanche, assez fréquemment ce dernier existait seul. L'*aura* sans accès remplaçait-il les vertiges qui manquaient complétement chez ce malade?

Fréquence des accès de grand mal et marche de l'épilepsie depuis son début jusqu'à celui du délire. — Sous ces divers rapports les faits que j'ai à étudier, au nombre de sept, se rangent sous trois catégories.

1° Chez deux sujets, accès rares d'abord, tous les trois ou quatre mois, puis peu à peu plus fréquents ; tous les

huits ou dix jours. L'un de ces malades, peu après le début de l'épilepsie, obtint spontanément une guérison qui dura quatre ans, durant lesquels il fut soldat. Au bout de ce temps, rechute, sans cause connue.

2° Chez un, accès d'abord fréquents, tous les huit ou dix jours, puis de plus en plus rares, au point qu'ils ne revenaient que tous les deux ou trois mois à l'époque de l'invasion du délire. Chez ce sujet, les vertiges étaient exceptionnels.

3° Enfin, chez quatre autres, accès habituellement rapprochés, revenant assez fréquemment par séries de cinq ou six de suite. Ils n'étaient ni plus, ni moins fréquents à l'époque de la première atteinte de délire que dans les premiers temps de l'épilepsie.

C'est-à-dire qu'à partir de son début jusqu'à l'apparition du délire, la marche de l'épilepsie a été assez différente chez les sujets que je viens d'examiner, croissante chez les uns, décroissante chez un autre, et chez d'autres enfin stationnaire.

En résumé, soit que l'on recherche les causes de l'épilepsie et l'époque de son début, soit que l'on étudie la forme des accès, leur nombre, la marche générale de la maladie, on n'arrive, au point de vue de l'étiologie du délire, qu'à des résultats entièrement négatifs. Sous ces divers rapports, nos faits n'offrent rien d'exceptionnel, et aucune particularité ne se répète assez chez les divers sujetspour faire supposer que l'analyse de faits plus nombreux que ceux dont j'ai pu disposer, conduise à des résultats de quelque importance.

2° *Sexe.* — L'hospice de Bicêtre, où j'ai observé, ne reçoit que des individus du sexe masculin. Mais il n'est pas douteux que le délire aigu ne s'observe avec une assez grande fréquence chez les femmes épileptiques.

3° *Constitution.* — Aucun des malades n'offrait de vices de conformation ; et quant à la taille, elle était été

vée chez trois d'entre eux, et moyenne chez tous les autres.

Les divers éléments de la constitution ont été notés avec soin chez tous les sujets. Six offraient une constitution très forte, caractérisée par le développement remarquable des muscles, joint à un embonpoint moyen, et à une notable fermeté des chairs ; trois autres offraient les mêmes particularités, quoiqu'à un degré un peu moins prononcé ; ils étaient encore d'une forte constitution. Cette dernière était d'une force moyenne chez trois sujets dont les membres étaient médiocrement volumineux, les chairs peu fermes ; enfin, elle était évidemment faible chez les deux derniers, ainsi que l'attestaient leur maigreur habituelle, le peu de développement de leur squelette et leurs membres grêles.

Le tableau suivant, tout en résumant ce qui précède, va nous permettre d'établir le parallèle au point de vue qui nous occupe, de nos quatorze sujets avec les trente-deux épileptiques qui n'ont pas été atteints de délire, et dont il a déjà été question au chapitre II.

		Sujets atteints de délire.	Autres épileptiques.
Constitution	forte ou très forte.	9	5
—	de force moyenne.	3	17
—	faible.	2	10
	Total.	14 malades.	32 malades.

Ainsi, tandis que chez les sujets de la seconde colonne la constitution forte ou très forte ne s'observe que dans la faible proportion d'un septième environ, nous la retrouvons chez les deux tiers à peu près des épileptiques atteints de délire. Différence assez considérable pour que, malgré le petit nombre des faits étudiés, on soit tenté de l'attribuer à autre chose qu'à une coïncidence fortuite.

A propos de cette vigueur si remarquable des sujets atteints de délire, je ferai remarquer incidemment que, comme tous, sauf un, avaient été atteints un plus ou moins grand nombre de fois de cette affection, antérieurement à l'époque où j'ai étudié les éléments de leur constitution, il en résulterait que le délire n'exercerait aucune influence fâcheuse durable sur la santé physique des sujets qui en sont atteints.

4° *Tempérament.* — Comme on ne s'entend pas généralement très bien sur la manière d'apprécier les tempéraments, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails.

a. Huit des quatorze malades offraient la plupart des caractères assignés au *tempérament sanguin*, c'est-à-dire un certain embonpoint habituel, des chairs fermes et rosées, la figure habituellement bien colorée. Les cheveux châtain clair chez deux d'entre eux, étaient châtain foncé ou bruns chez les autres.

b. Quatre étaient plutôt maigres que gras, avaient la taille élancée, le squelette peu volumineux, la peau habituellement peu colorée, en un mot, les principaux attributs du tempérament nerveux. Leurs cheveux étaient châtain foncé ou noirs.

c. Restent deux sujets qui étaient lymphatiques, mais à un faible degré. Ils avaient la peau blanche et fine, la figure peu colorée, les chairs assez fermes, un certain embonpoint, les cheveux châtain clair, et peu ou point de barbe. Ils ne présentaient d'ailleurs aucune trace de scrofules.

Dans cette appréciation de tempéraments, j'ai omis à dessein de mentionner le *caractère* des malades. C'eût été une cause d'erreur, puisque à peu près constamment le moral des sujets est plus ou moins profondément modifié par le fait de l'épilepsie.

Dans le tableau suivant, je vais placer en regard des

sujets que je viens d'étudier, l'indication du tempérament des trente-deux épileptiques qui m'ont déjà servi tout à l'heure à propos de la constitution.

	Sujets atteints de délire.	Autres épileptiques.
Tempérament sanguin	8	12
— nerveux	4	12
— lymphatique. . .	2	8
Total.	14 malades.	32 malades.

5° *État des facultés intellectuelles.* — En voici l'indication chez nos quatorze malades dans les intervalles du délire, et chez les trente-deux autres épileptiques.

	Sujets atteints de délire.	Autres épileptiques.
Intelligence et mémoire notablement affaiblies, quoiqu'à divers degrés.	8	19
Intelligence assez médiocre. . .	5	10
— parfait. conservée.	1	3
Total.	14 malades.	32 malades.

Il résulte de ce tableau que l'affaiblissement, malheureusement si commun, de l'intelligence et de la mémoire, par le fait de l'épilepsie, existe en proportion sensiblement égale dans les deux séries de faits. Il est permis de supposer que les chiffres constatant la conservation de l'intelligence eussent été à l'avantage des sujets atteints de délire, si l'on eût pu étudier ces derniers avant le moment où ils ont déliré pour la première fois. En tout cas, il résulte de ce qui précède que le délire ne se développe pas de préférence chez les épileptiques dont l'intelligence et la mémoire sont préalablement très affaiblies.

ARTICLE II. — CAUSES DÉTERMINANTES.

1° *Accès d'épilepsie.* — J'ai étudié leur rôle, comme cause déterminante, avec un soin tout particulier. Dans neuf des vingt-deux atteintes de délire, l'influence de ces accès semblerait évidente; car le délire, que rien ne pouvait faire présager, se déclara immédiatement après des accès de grand mal, qui se succédèrent coup sur coup au nombre de trois à douze dans l'espace de quelques heures. Mais, comme j'ai observé chez ces mêmes sujets, et à diverses reprises, des accès aussi nombreux, aussi intenses, revenant également coup sur coup, sans qu'alors ils aient offert le plus léger trouble des facultés intellectuelles, il est évident que les accès suivis de délire n'auraient pas produit un pareil effet, si les malades n'eussent pas été sous l'influence d'une prédisposition qui rendait imminente la crise de délire.

Quant aux treize cas restants, l'influence des accès d'épilepsie, comme cause déterminante, ne saurait en aucune façon être invoquée. Dans tous, il s'est écoulé, entre le dernier accès et les premiers indices de délire, un espace de temps plus ou moins considérable, pendant lequel les malades étaient parfaitement dans leur état normal, sous le rapport de leurs actes, de leurs discours et de l'expression de leur physionomie. Et comme on ne saurait apporter trop d'exactitude dans les questions d'étiologie, j'ajouterai que l'espace de temps en question, noté avec précision dans dix des treize cas dont je m'occupe était le suivant :

De 12 heures dans. . . .	2	cas.
— 3 à 5 jours dans . . .	2	»
— 7 à 8 jours dans . . .	3	»
— 15 à 16 jours dans. .	3	»

En somme, treize fois sur vingt-deux, c'est-à-dire dans

environ les trois cinquièmes des cas, les accès d'épilepsie n'ont eu évidemment aucune part comme cause déterminante de l'affection qui nous occupe; et dans les neuf cas où ces accès l'ont immédiatement précédée, il faut encore admettre qu'ils n'ont fait autre chose que de mettre en jeu une prédisposition dont l'existence ne saurait être niée.

Ces résultats sont surtout remarquables en ce qu'ils sont en opposition avec ce qu'avance Esquirol, lorsqu'il dit que chez les épileptiques la fureur apparaît presque toujours à la suite d'accès, très rarement avant.

2° *Saisons et conditions météorologiques.* — Sous le rapport de l'époque de leur début, les vingt-deux atteintes de délire, recueillies, comme on le sait, pendant les sept premiers mois de l'année, sont réparties de la manière suivante :

En janvier	3	cas.
— février	3	»
— mars	3	»
— avril	1	»
— mai	1	»
— juin (20 premiers jours)	11	»
— juillet	0	»
Total.	22	cas.

Ainsi, la moitié des cas, et parmi eux se trouve comprise l'atteinte de délire du sujet qui l'éprouvait pour la première fois (obs. III), a débuté pendant les vingt premiers jours de juin, époque où les orages furent fréquents, la chaleur de l'atmosphère très élevée et véritablement exceptionnelle.

Bien que mes faits soient peu nombreux, l'influence de ces conditions météorologiques, comme cause excitante du délire, chez des sujets peut-être déjà prédisposés, me semble difficilement contestable.

Cette influence s'est fait sentir d'une manière non moins évidente chez les nombreux aliénés non épileptiques de la division de Leuret. Car il résulte de mes notes écrites que chez eux, pendant les vingt jours en question, l'agitation fut extrême et très générale.

3° *Circonstances diverses.* — Je n'ai pas constaté, bien que j'en aie fait la recherche, l'existence de coups ou de chutes sur la tête, d'excès alcooliques ou d'alimentation.

Une contrariété un peu vive fut éprouvée par l'un des malades (obs. III), quelques heures avant le délire, qu'elle me semble d'ailleurs ne pouvoir expliquer.

Chez quelques malades, on eût pu accuser une altercation; mais toujours en examinant les faits de plus près, il a été possible de s'assurer qu'elle avait été un des premiers effets et non la cause du délire.

La même remarque est entièrement applicable au sujet atteint de satyriasis (obs. IV), lequel se livra à l'onanisme devant ses camarades, sous l'influence du délire dont cet acte était le premier symptôme et non la cause, ainsi qu'on aurait pu le croire au premier moment.

RÉSUMÉ GÉNÉRAL.

I.

L'affection, qui fait l'objet de ces recherches, est une complication, sinon constante, tout au moins assez fréquente de l'épilepsie.

A une première atteinte, succèdent presque toujours, sinon toujours, d'autres atteintes plus ou moins rapprochées, de telle sorte qu'envisagée dans son ensemble, cette affection se présente avec les allures d'une maladie irrégulièrement intermittente.

II.

L'épilepsie constitue la cause prédisposante première

de cette affection. Mais mes faits, d'ailleurs trop peu nombreux pour avoir une valeur sérieuse dans une question d'étiologie, ne m'ont permis de constater, dans l'époque du début de l'épilepsie, dans la nature de ses causes, dans sa forme, sa marche, etc., aucune particularité exceptionnelle qui puisse rendre compte de la prédisposition au délire.

Les deux tiers des sujets étaient d'une constitution forte ou très forte et d'un tempérament sanguin prononcé.

Le délire, qui nous occupe, n'est pas une complication propre à l'épilepsie déjà ancienne; il peut apparaître dès les premiers mois de cette affection, aussi bien qu'à une époque plus reculée.

Il ne se développe pas de préférence chez les épileptiques dont l'intelligence et la mémoire sont préalablement très affaiblies. On le voit apparaître chez des sujets jouissant encore de toute l'intégrité de leurs facultés intellectuelles.

III.

(DES ATTEINTES DE DÉLIRE.)

Causes déterminantes. — Les accès d'épilepsie ont précédé immédiatement l'apparition du délire, neuf fois seulement sur vingt-deux. Les temps chauds et orageux auraient une influence marquée, puisque la moitié des cas s'est manifestée dans des conditions pareilles.

Début. — Le délire a débuté : neuf fois à la suite d'accès de grand mal épileptique; onze fois à la suite de symptômes précurseurs apparus eux-mêmes sans cause connue, et qui indiquaient un certain degré de surexcitation cérébrale; et dans deux cas, enfin, brusquement, sans que rien ait pu en faire présager le développement.

Forme. — Une fois déclaré, il a présenté deux formes : délire tranquille (5 cas), délire agité (17 cas).

Symptômes et marche. — *a.* Dans le délire tranquille, les malades étaient inoffensifs, parlaient peu et étaient sous l'influence d'idées tristes ou gaies. Le trouble des idées était profond, n'était pas accompagné de fièvre, et constituait toute la maladie. Celle-ci, à part quelques intervalles de sommeil, offrit une marche continue, sans paroxysmes ni intervalles lucides.

b. Dans le délire agité, à une exception près, où l'agitation était relativement légère, et où l'attention pouvait encore être fixée : trouble profond des idées portant sur tous les points, avec prédominance dans un cas d'idées lascives, agitation ordinairement plus ou moins furieuse, nécessité de l'emploi de moyens contentifs énergiques pendant toute la durée de la maladie ; insomnie plus ou moins complète ; accélération du pouls en rapport direct avec l'agitation physique et morale des malades. Ici, comme dans la forme tranquille, le délire constituait au fond toute la maladie ; seulement dans les cas les plus graves et les plus prolongés apparaissaient des symptômes secondaires, effet des cris violents, de la fatigue extrême, de l'insomnie des malades : tels étaient la raucité de la voix, la sécheresse de la langue, l'amaigrissement, même un véritable mouvement de fièvre. Dans tous les cas, le délire offrit, dès les premiers moments, sa plus grande intensité ; sa marche fut continue, sans intervalles lucides, présentant des paroxysmes séparés par de rares intervalles d'un calme incomplet. Dans un seul cas, les deux formes, agitée et tranquille, ont alterné dans une même atteinte.

Durée. — Dans la forme *tranquille :* durée moyenne 3 jours ; termes extrêmes 2 et 5 jours.

Dans le délire *agité :* durée moyenne 6 jours ; termes extrêmes 16 heures et 15 jours.

Terminaison. — Sauf un cas où la mort est survenue

indépendamment d'ailleurs du délire, dans tous les autres la guérison a été complète. Dans les atteintes les plus graves seulement de la forme agitée, le retour à la raison était suivi, à des degrés divers, de fatigue et de mauvaise humeur; la tête était pesante, la mémoire confuse; plusieurs sujets avaient maigri.

Rechutes. — Elles n'eurent lieu dans aucun cas.

Altération anatomique et nature du délire. — L'autopsie du sujet qui a succombé n'a fait découvrir aucune lésion qui corresponde au délire, résultat qui, d'accord en cela avec ce que l'étude des symptômes et de la marche de la maladie pouvait faire pressentir, permet d'établir la nature *nerveuse* de cette affection. Ses rapports sont intimes, non avec la fureur *motivée* des aliénés, mais avec l'*agitation* que l'on voit fréquemment survenir chez ces derniers, sous l'influence de causes *étrangères* à leur délire.

Diagnostic. — Le délire des épileptiques ne présente aucun signe pathognomonique. Son diagnostic repose tout entier sur la considération du commémoratif, des circonstances concomitantes, etc.

Pronostic. — Le pronostic des atteintes de délire, considéré indépendamment des probabilités de récidives, paraîtrait n'offrir que peu de gravité. Le début à la suite d'accès d'épilepsie serait, chose remarquable, d'un pronostic favorable, tous les cas qui ont débuté de cette manière n'ayant présenté qu'une faible intensité et une durée restreinte.

Traitement. — L'emploi d'un traitement antiphlogistique que justifiait sinon la nature du mal, du moins la vigoureuse constitution des sujets, semblerait n'avoir eu qu'une influence faible ou nulle sur la violence et sur la durée de la maladie.

IV.

La marche de l'épilepsie pendant le délire n'a présenté

rien de saillant; les accès convulsifs ayant indifféremment manqué dans certains cas et persisté dans d'autres cas. Dans ces derniers, ils paraîtraient n'avoir exercé aucune influence appréciable soit sur la durée totale de l'atteinte de délire, soit sur l'intensité de l'agitation que, dans aucun cas, ils n'ont augmenté même momentanément. Ceux de ces accès qui ont apparu dans la convalescence, très près du moment où la raison était revenue, n'ont, dans aucun cas, été l'occasion d'une rechute.

Il semblerait que chez les sujets dont j'ai recueilli l'histoire, les accès d'épilepsie seraient notablement fréquents dans les intervalles des atteintes de délire. Mais cette donnée, pour avoir quelque valeur, réclamerait des faits plus nombreux, ainsi que des termes de comparaison autres que ceux que mes recherches personnelles m'ont permis d'établir.

Tel est l'exposé des résultats fournis par l'analyse des faits que j'ai recueillis sur le délire aigu des épileptiques. Ce travail, de même que tous ceux qui ont pour but d'éclairer un point encore imparfaitement connu de la science, devait présenter les faits ou leur analyse dans tous leurs détails, même dans leurs circonstances en apparence les moins importantes, puisque de nouvelles observations en venant s'y ajouter, peuvent donner à ces dernières une valeur qu'*à priori* on n'aurait pas songé à leur accorder.

Par sa forme obligée, un pareil travail est nécessairement un peu difficile à lire, et d'un autre côté, par le petit nombre des faits qui en font la base, il n'est pas susceptible de fournir des résultats définitifs et des conséquences nettement formulées. Mais son utilité sera néanmoins comprise par ceux qui voient dans l'horizon de la science au delà de ce qui est immédiatement utile.

Avant de songer à guérir une affection, il faut commencer par la bien connaître : or, qui oserait prétendre que les complications de l'épilepsie, que l'épilepsie elle-même, malgré les travaux dont elles ont été l'objet, soient suffisamment connues dans tous leurs détails ; qu'il y ait même un seul point de leur histoire qui puisse se passer du contrôle de l'observation ultérieure ? S'il en est ainsi, quel sujet est plus digne d'attirer chaque jour davantage l'attention des observateurs laborieux et exacts ; et qui pourrait contester l'utilité de faits nouveaux, même en petit nombre, s'ils sont consciencieusement recueillis ?

VI

DES OBLITÉRATIONS

DE LA VEINE CAVE SUPÉRIEURE,

Par M. OULMONT,

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine,
Ancien chef de clinique de la Faculté de médecine,
Membre de la Société médicale d'observation,
de la Société anatomique, etc.

Les oblitérations des troncs veineux en général ont été depuis longtemps l'objet de recherches intéressantes. Celles de la veine cave inférieure sont bien connues, et l'on en trouve de nombreuses observations dans les auteurs. Mais il n'en est pas de même des oblitérations de la veine cave supérieure. Elles paraissent, en effet, avoir été complétement ignorées par les auteurs anciens, qui n'en parlent pas, même à titre de curiosité pathologique. Hogdson, dans son *Traité des maladies des artères et des veines*, après avoir dit que Hunter trouva une fois la veine cave supérieure et le tronc commun des veines jugulaires et sous-clavière gauche, tellement comprimés par un anévrysme de l'aorte, qu'il leur restait à peine quelque chose de leur capacité naturelle, ajoute que quant à lui, il n'est pas venu à sa connaissance qu'on ait jamais rencontré la veine cave supérieure complétement oblitérée. M. Bouillaud lui-même,

dans son premier et si remarquable mémoire sur les hydropisies causées par les oblitérations veineuses et qui remonte à 1824 (1), avoue qu'il ne connaît aucun fait constaté par l'autopsie, d'oblitération des veines profondes des membres thoraciques. Et pourtant, si l'on songe que dans le court espace de cinq années, j'ai pu observer moi-même ou connaître par d'obligeantes communications quatre faits entièrement inédits, et que par mes recherches dans les traités et recueils, j'ai pu réunir en outre quinze observations dont la plus ancienne ne remonte pas au delà de 1808, on s'étonnera qu'une maladie qui n'est pas très rare et dont les symptômes sont si tranchés et si remarquables, ait ainsi échappé à l'attention des anciens observateurs.

La première observation que j'ai recueillie remonte à 1848, et j'avais été vivement frappé de la singularité des symptômes qui avaient été constatés. Depuis ce temps, mon attention fut fixée sur cette maladie. Dans le cours de l'année 1852, j'eus occasion de voir deux nouveaux cas, et d'assister à l'autopsie des cadavres ; un quatrième, dont l'observation a été lue à la Société médicale d'Observation, m'a été obligeamment communiqué. J'ai donc pu ainsi réunir dix-neuf observations d'oblitération de la veine cave supérieure. C'est avec la totalité de ces faits que j'ai résolu d'écrire l'histoire de cette maladie et de combler ainsi une lacune qui existe dans la science. Parmi toutes ces observations, on comprend que plusieurs sont incomplètes et n'offrent que des détails souvent insuffisants ; mais comme la nature de la maladie à laquelle elles se rapportent est incontestable, et que le peu de symptômes notés est ordinairement exact ; je les ferai servir toutes à ma statistique.

(1) *Archives de Médecine*, t. V. Paris, 1824.

Les dix-neuf observations d'oblitérations de la veine cave que j'ai réunies peuvent se répartir dans deux grandes catégories :

A. Oblitérations par concrétion.

B. Oblitérations par compression.

La première catégorie peut se subdiviser en deux groupes : 1° oblitérations par concrétion sanguine ; j'en ai recueilli cinq observations ; 2° par concrétions cancéreuses, j'en ai trouvé trois observations.

La deuxième catégorie comprend les faits de compression de la veine cave : 1° par tumeurs cancéreuses du médiastin ou du poumon (cinq observations) ; 2° par ganglions tuberculeux du médiastin (deux observations) ; 3° par anévrysmes de l'aorte (quatre observations).

Comme on le peut voir, l'oblitération de la veine cave supérieure résulte rarement d'une maladie primitive de ce vaisseau. Sauf quelques cas de phlébite, elle est produite, à près constamment, par l'action de causes diverses et qui agissent soit en comprimant la veine, soit en la détruisant. Malgré la diversité de ces causes, leur effet est toujours le même ; elles amènent invariablement l'arrêt du cours du sang dans la veine cave et le développement d'une circulation collatérale. Ces modifications sont accompagnées de phénomènes fort remarquables, tellement constants et caractéristiques, qu'il m'a paru intéressant de les réunir et d'en faire une maladie distincte, dont j'étudierai les symptômes, l'anatomie pathologique, etc.

Mais avant d'aborder cette étude, je crois utile de rapporter quelques-unes de mes observations. Je choisirai celles qui pourront donner l'idée la plus exacte de la maladie, et qui mettront en relief le mode d'action des diverses causes d'oblitération.

dans son premier et si remarquable mémoire sur les hydropisies causées par les oblitérations veineuses et qui remonte à 1824 (1), avoue qu'il ne connaît aucun fait constaté par l'autopsie, d'oblitération des veines profondes des membres thoraciques. Et pourtant, si l'on songe que dans le court espace de cinq années, j'ai pu observer moi-même ou connaître par d'obligeantes communications quatre faits entièrement inédits, et que par mes recherches dans les traités et recueils, j'ai pu réunir en outre quinze observations dont la plus ancienne ne remonte pas au delà de 1808, on s'étonnera qu'une maladie qui n'est pas très rare et dont les symptômes sont si tranchés et si remarquables, ait ainsi échappé à l'attention des anciens observateurs.

La première observation que j'ai recueillie remonte à 1848, et j'avais été vivement frappé de la singularité des symptômes qui avaient été constatés. Depuis ce temps, mon attention fut fixée sur cette maladie. Dans le cours de l'année 1852, j'eus occasion de voir deux nouveaux cas, et d'assister à l'autopsie des cadavres : un quatrième, dont l'observation a été lue à la Société médicale d'Observation, m'a été obligeamment communiqué. J'ai donc pu ainsi réunir dix-neuf observations d'oblitération de la veine cave supérieure. C'est avec la totalité de ces faits que j'ai résolu d'écrire l'histoire de cette maladie et de combler ainsi une lacune qui existe dans la science. Parmi toutes ces observations, on comprend que plusieurs sont incomplètes et n'offrent que des détails souvent insuffisants ; mais comme la nature de la maladie à laquelle elles se rapportent est incontestable, et que le peu de symptômes notés est ordinairement exact ; je les ferai servir toutes à ma statistique.

(1) *Archives de Médecine*, t. V. Paris, 1824.

Les dix-neuf observations d'oblitérations de la veine cave que j'ai réunies peuvent se répartir dans deux grandes catégories :

A. Oblitérations par concrétion.

B. Oblitérations par compression.

La première catégorie peut se subdiviser en deux groupes : 1° oblitérations par concrétion sanguine; j'en ai recueilli cinq observations; 2° par concrétions cancéreuses, j'en ai trouvé trois observations.

La deuxième catégorie comprend les faits de compression de la veine cave : 1° par tumeurs cancéreuses du médiastin ou du poumon (cinq observations); 2° par ganglions tuberculeux du médiastin (deux observations); 3° par anévrysmes de l'aorte (quatre observations).

Comme on le peut voir, l'oblitération de la veine cave supérieure résulte rarement d'une maladie primitive de ce vaisseau. Sauf quelques cas de phlébite, elle est produite, à près constamment, par l'action de causes diverses et qui agissent soit en comprimant la veine, soit en la détruisant. Malgré la diversité de ces causes, leur effet est toujours le même; elles amènent invariablement l'arrêt du cours du sang dans la veine cave et le développement d'une circulation collatérale. Ces modifications sont accompagnées de phénomènes fort remarquables, tellement constants et caractéristiques, qu'il m'a paru intéressant de les réunir et d'en faire une maladie distincte, dont j'étudierai les symptômes, l'anatomie pathologique, etc.

Mais avant d'aborder cette étude, je crois utile de rapporter quelques-unes de mes observations. Je choisirai celles qui pourront donner l'idée la plus exacte de la maladie, et qui mettront en relief le mode d'action des diverses causes d'oblitération.

Ire OBSERVATION. — *Concrétion sanguine de la veine cave supérieure. — Oblitération complète de ce vaisseau. — OEdème de la face, du cou, et des membres supérieurs. — Mort dans le coma.*

La nommée Duché, âgée de quarante-neuf ans, cuisinière, entra à l'hôpital de la Charité, le 26 décembre 1847, et fut couchée salle Sainte-Anne, nº 4. Cette femme a tojours été bien réglée, elle est mère de deux enfants, sa dernière époque date du 20 de ce mois.

Elle n'a jamais eu d'étouffements, ni de palpitations de cœur. Très active, elle passe ses journées dans une cuisine assez spacieuse et bien aérée, le logement où elle couche n'est pas humide, elle se nourrit bien, mais ne boit pas de vin; ce liquide lui porte le sang à la tête, lui donne des éblouissements.

Il y a quatre ans, sans aucune cause connue, elle s'aperçut qu'elle ne pouvait pas monter les escaliers sans étouffements. Dans le même temps, elle fut prise de vomissements qui survenaient à toutes les époques de la journée. Elle ne pouvait digérer que le café au lait. Ces vomissements qui n'étaient accompagnés d'aucunes douleurs ni dérangements dans la santé, étaient composés de matières glaireuses. Ils durèrent trois mois et furent guéris à l'hôpital de la Charité. Dans les hivers de 1844 et 1845, elle fut prise de vomissements de sang pur qui cessèrent en été. Ces vomissements étaient surtout provoqués par les efforts de toux, ils étaient formés de sang rouge liquide, jamais mélangé à des matières alimentaires, et revenaient surtout la nuit quand la malade avait bien chaud. Pendant l'hiver de 1846, ces vomissements ne parurent pas, mais la malade éprouvait des étouffements en montant les escaliers.

Il y a un mois, elle remarqua que sa figure jusque là

blanche, devenait bleuâtre et violacée ; en même temps, elle se tuméfia. Quelque temps après, le bras droit devint également le siége d'un gonflement. La tuméfaction commença par l'épaule et descendit jusqu'aux doigts, plus tard elle s'étendit aux seins. Au bout de quatre jours, elle était devenue assez considérable pour exiger une saignée du bras, une application de sangsues à l'anus, et l'administration d'un purgatif. Sous l'influence de ces moyens, la teinte bleuâtre de la face diminua ainsi que le gonflement ; la malade put reprendre quelque peu ses occupations. Les étouffements persistaient mais légèrement amendés ; il n'y avait pas de palpitations de cœur. Les jambes et la partie inférieure du tronc étaient restés sans aucune tuméfaction. Il y a deux jours, la face devint brusquement violacée sans cause connue, le bras droit, les seins et la partie supérieure du tronc se tuméfièrent considérablement, la tension rendait les mouvements très pénibles. Elle resta alitée et entra à l'hôpital le 26 décembre. Le bras gauche était assez légèrement tuméfié pour que la malade ne s'en soit pas aperçue et ne puisse préciser l'époque où le gonflement a commencé.

État actuel. — La face, le cou, la partie supérieure de la poitrine, les seins, le bras droit et un peu le bras gauche sont le siége d'une tuméfaction assez considérable. La face est volumineuse, surtout dans sa partie inférieure, la peau de cette région est tendue, rénitente, élastique et offre une teinte rosée. Quand on la comprime, elle ne conserve pas l'impression du doigt. Le cou lui-même est très volumineux, mais la peau n'est pas assez tendue pour empêcher de percevoir sous le doigt des espèces de nodosités du volume d'un pois. Les deux seins sont assez volumineux et tendus, la peau assez élastique, conserve néanmoins l'impression du doigt ; ils sont parsemés de petites taches rougeâtres de forme

lenticulaire. Le membre supérieur droit est tuméfié depuis l'épaule jusqu'à la main, la peau est, comme aux seins, rénitente et conserve l'impression du doigt; celle de la main est assez flasque et molle. L'abdomen est chargé de graisse, mais n'offre pas d'œdème; il en est de même des membres inférieurs qui sont médiocrement volumineux; le bras gauche est moins tendu et moins volumineux que le droit, il y a 1 centimètre 1/2 de différence dans la circonférence des deux bras. Il existe un peu d'œdème à la partie supérieure de l'avant-bras.

Pas de céphalalgie, la malade a eu dans ces trois derniers jours des tintements dans les oreilles et des éblouissements; l'intelligence est nette.

La respiration est assez haute, quelquefois incomplète, à 32 par minute; pas de suffocation, pas de palpitations de cœur. A la percussion, on trouve la poitrine assez sonore partout, excepté dans la région sternale où l'on trouve une matité assez notable, depuis la partie supérieure jusqu'au milieu de cet os. L'application de la main ne fait percevoir aucun battement, là où l'on trouve de la matité. Le cœur ne semble pas déplacé, les battements sont difficiles à entendre à cause du volume du sein, mais en remontant le long du sternum supérieurement, ils deviennent plus distincts et vers les articulations chondro-costales supérieures droites, on entend les doubles battements du cœur assez superficiellement. Dans aucun point de la poitrine, on ne constate de bruit anormal; il n'existe également aucune voussure. A l'auscultation, on trouve en arrière le bruit respiratoire faible, mais normal. A la base des deux côtés, il y a quelques râles sous-crépitants. En avant, la respiration est faible à gauche, et presque insensible à droite. Le pouls est assez petit, mou (94) et bat également aux deux radiales. A la partie supérieure du tronc, surtout sur la partie externe de l'aisselle droite et au sommet de la poitrine,

on trouve quelques veines sous-cutanées assez tendues et dilatées. Dans la région claviculaire droite, il y a un lacis veineux assez apparent; les veines jugulaires, sans être très volumineuses, dessinent sous le doigt une corde assez tendue.

Les fonctions digestives et urinaires sont dans l'état normal. (On prescrit une saignée du bras et une boisson nitrée.) Les jours suivants, l'œdème de la face paraît un peu diminuer. On trouve à la partie supérieure de la poitrine, à droite, un souffle léger à l'expiration, dans une étendue de deux travers de doigts.

Le 31 au matin, la malade est prise d'un frisson violent qui dure une heure, et n'est suivi ni de chaleur ni de sueur, mais d'un assoupissement assez prolongé. A la visite, l'assoupissement continue et est accompagné de ronflement. On parvient à éveiller la malade et à fixer son attention, mais ses réponses sont incohérentes; il n'y a pas de délire. La face est très gonflée et offre une teinte violacée; les extrémités supérieures et les mains sont tuméfiées et violettes. Il y a des râles sibilants et ronflants disséminés dans la poitrine en avant et en arrière; le pouls est très petit (150).

1er *janvier*. — Dans la journée d'hier, l'accablement a continué; il est survenu un peu de délire fugace. Le soir, l'œdème paraît augmenter, et la face et les extrémités sont plus bouffies, plus violettes. Dans la nuit, délire et agitation considérables. Ce matin elle paraît accablée, somnolente, le délire est tranquille. La face est toujours violacée, moins bouffie qu'hier. Les extrémités supérieures moins tuméfiées, offrent une teinte moins foncée.

Les pupilles sont également dilatées, il n'y a rien d'appréciable, du côté de la motilité ni de la sensibilité.

Les mains sont froides, le pouls radial nul. La mort eut lieu à trois heures.

Autopsie faite quarante-une heures après la mort.

Rigidité cadavérique très prononcée. La face est d'une couleur rouge lie de vin, qui s'étend jusqu'à la partie inférieure du cou. Il existe des vergetures à la face antérieure du tronc, surtout au devant des aisselles, sur le trajet des veines. Œdème très marqué à la face, au cou et aux bras. L'extrémité inférieure du tronc est sèche.

Les parois pectorales et abdominales sont recouvertes d'une couche énorme de tissu adipeux; des adhérences nombreuses et assez lâches unissent le poumon droit à la plèvre. Dans la cavité pleurale droite, ou trouve environ un verre de sérosité qui refoule le poumon.

Le médiastin antérieur et le péricarde sont recouverts d'une grande quantité de graisse. Immédiatement au-dessus du péricarde on trouve une tumeur allongée, lobée, au milieu de laquelle passent les veines sous-clavière et jugulaire gauche; elle est immédiatement accollée à la crosse de l'aorte et à la partie inférieure de la trachée-artère. Elle est longue de 7 centimètres, large de 5, et épaisse de 1 centimètre 1/2. A sa droite et au milieu d'un paquet de graisse, chemine la veine cave supérieure qui, comme à l'ordinaire, se bifurque sous la clavicule. Elle descend à la partie interne du poumon, entre celui-ci et l'aorte, et avant d'arriver à l'oreillette droite, elle traverse une masse de tissu cellulaire dense, résistant, criant sous le scalpel et intimement adhérente à la tunique externe de la veine. Après avoir détaché le poumon et les organes de la circulation, on trouve l'aorte et l'œsophage accolés et cheminant comme dans l'état normal à gauche de la trachée. Celle-ci se bifurque comme à l'ordinaire et dans l'angle de bifurcation, on trouve un ganglion bronchique noirâtre de la longueur de 4 centimètres, adhérant à la paroi inférieure de la bronche

gauche. Ce ganglion est mou et renferme une grande quantité de matière noire.

La face antérieure de la bronche gauche, le bord externe de ce ganglion et la terminaison de la veine cave supérieure, sont contenus dans la masse de tissu cellulaire dense dont j'ai parlé, et qui fait intimement adhérer ces trois parties entre elles, de façon qu'on ne peut les détacher qu'à l'aide du bistouri. Cette masse, qui a à peu près le volume d'une noix, est exclusivement formée de tissu cellulaire, infiltré de matière plastique. En ouvrant la veine cave supérieure, on trouve les particularités suivantes : Du point de bifurcation de la veine cave supérieure à son embouchure dans l'oreillette, il y a 10 centimètres. Au confluent de ces veines, le vaisseau a 4 centimètres de largeur ; à 5 centimètres plus bas il n'a plus que 3 centimètres, et enfin à son embouchure dans l'oreillette, il n'a plus que 1 centimètre 1/2. La partie supérieure de la veine cave, dans une étendue de 7 centimètres, est encore perméable, mais ses parois sont revêtues d'une fausse membrane dense, épaisse, intimement adhérente à la paroi veineuse à laquelle elle donne une épaisseur de 3 à 4 millimètres. Toute cette surface interne offre une couleur rouge très foncée. A 4 centimètres du point où la veine s'abouche dans l'oreillette, elle est complétement oblitérée par un caillot noirâtre, dense, organisé, offrant encore dans son épaisseur quelques noyaux noirâtres. Ce caillot rouge existe dans l'étendue de 1 centimètre 1/2. Plus bas, il devient d'un blanc jaunâtre, d'une couleur analogue à celle du pus, mais avec infiniment plus de consistance. Tous ces caillots, rouges et jaunes, sont intimement adhérents à la paroi de la veine, qu'ils oblitèrent complétement jusqu'à son embouchure dans l'oreillette, qui est remplacée par un cul-de-sac froncé.

L'oreillette droite est revenue sur elle-même ; elle con-

tiendrait à peine une noix. Les parois ont une épaisseur de 3 millimètres. Les orifices des veines qui s'y abouchent ont leurs dimensions normales. Le ventricule droit est contracté, les parois sont assez épaisses ; il n'y a rien de particulier à noter pour le cœur gauche ; les poumons sont assez volumineux. A l'incision, ils donnent issue à une assez grande quantité de sérosité spumeuse légèrement sanguinolente à la base des deux côtés. La muqueuse bronchique est uniformément rouge.

Tête. — Le cuir chevelu est infiltré d'une assez grande quantité de sérosité transparente qui découle à l'incision. Il s'écoule également environ un verre de sérosité transparente, quand on coupe la dure-mère. Le cerveau est mou, médiocrement injecté. Les ventricules contiennent environ deux cuillerées de sérosité.

L'embouchure de la veine azygos est oblitérée dans l'étendue de 1 centimètre 1/2 environ, à partir de son entrée dans la veine cave. Cette veine est fortement dilatée ; elle a dans quelques points 3 centimètres 1/2 de largeur ; on peut la suivre très distinctement le long de la colonne vertébrale jusqu'à son origine aux veines lombaires et rénales où elle est encore assez manifestement dilatée. Les veines superficielles du thorax et sous-claviculaires sont dilatées et distendues ; elles se ramifient en se dirigeant vers la partie inférieure de l'abdomen ; les veines épigastriques sont elles-mêmes ramifiées et dilatées. Les veines mammaires internes ayant été coupées n'ont pu être examinées.

L'observation que je viens de rapporter est intéressante sous le double rapport des symptômes et des lésions cadavériques.

Sous le rapport des symptômes, elle offre la réunion presque complète des désordres fonctionnels qui peuvent survenir à la suite de la suspension du cours du sang

dans la veine cave supérieure. Nous les retrouverons à un degré plus ou moins marqué dans toutes nos observations, mais aucune ne nous présentera un ensemble aussi complet.

La santé de la malade était dérangée depuis quatre ans, lorsqu'un mois avant son entrée à l'hôpital, apparurent les symptômes propres de l'oblitération veineuse: œdème de la face, des bras et de la partie supérieure du tronc; teinte violacée de ces mêmes parties; dilatation du réseau veineux sous-cutané, etc. Ces symptômes persistèrent presque sans variation, lorsque trois jours avant la mort survinrent des accidents cérébraux, à la suite desquels elle succomba. Ce sont là les signes habituels de l'oblitération de la veine cave supérieure, tels que nous les retrouverons, à quelques différences près, dans la plupart de nos observations, et nous verrons que leur constance permet presque de les considérer comme pathognomoniques.

Dans mon observation, l'oblitération était due à la formation d'une concrétion sanguine dans la veine cave elle-même et occupant une étendue de près de 2 centimètres au-dessus de son embouchure dans l'oreillette. Il me paraît hors de doute qu'il y a eu ici une véritable phlébite circonscrite. La nature du caillot, son adhérence intime aux parois veineuses, les fausses membranes très adhérentes aussi, qui le surmontaient, enfin la masse de matière plastique qui enveloppait tout le vaisseau, démontrent surabondamment le fait. Quelle était la cause de cette phlébite? Sous quelle influence s'est-elle développée? Comment dans un vaisseau où le cours du sang doit être si rapide, s'est-il formé assez vite un obstacle complet à la circulation? C'est là ce qu'il est impossible d'expliquer. Tout ce que je puis dire, c'est que ce ne peut être un de ces cas de coagulation spontanée de sang dans les veines qu'on observe quelquefois chez

les sujets atteints de cachexie cancéreuse ou tuberculeuse, puisque chez mon malade il n'y avait aucune trace d'affection de ce genre.

L'extrême rareté des phlébites de la veine cave supérieure fait comprendre facilement que la maladie n'ait pas été reconnue pendant la vie. M. Grisolle qui, à l'époque où j'ai recueilli cette observation, remplaçait le professeur Fouquier, reconnut l'oblitération de la veine cave, mais l'attribua à la pression d'un anévrysme de la crosse de l'aorte. Cette opinion, expliquée jusqu'à un certain point par la matité étendue qui existait à la région sus-sternale, fut démentie à l'autopsie. J'ai trouvé dans les auteurs quelques faits qui se rapprochent de mon observation. Un seul présente une analogie assez complète. Il appartient à MM. Reid et Thompson. J'aurai occasion d'y revenir.

L'observation suivante ressemble à la première sous le rapport des symptômes ; mais la nature de la lésion est tout à fait différente. Je la dois à l'obligeance de M. le docteur Landry, ancien interne distingué des hôpitaux, qui a bien voulu me la communiquer.

IIe OBSERVATION. — *Oblitération et destruction de la veine cave supérieure. — Tumeurs cancéreuses intrathoraciques.* (Observation lue à la Société médicale d'observation.)

Meteil, âgé de quarante-trois ans, passementier, entra à l'hôpital Beaujon le 18 février 1851.

Cet homme a toujours joui d'une bonne santé, sauf quelques rhumes contractés en hiver et assez rebelles. Son père et sa mère sont morts de maladies qui n'ont aucun rapport avec celle qui amène cet homme à l'hôpital.

Dans la dernière quinzaine du mois de décembre 1850, il fut pris d'un rhume avec toux quinteuse extrêmement

pénible, mais sans fièvre. Dans les premiers jours de janvier 1851, à la suite d'une longue course, pendant laquelle il transpira abondamment, la toux disparut tout à coup; puis, les jours suivants, la figure parut bouffie, tuméfiée, sans fièvre, sans céphalalgie, sans autre accident qu'un sommeil fort lourd. La tuméfaction s'accrut, et l'augmentation avait surtout lieu la nuit, était considérable au lever, et disparaissait graduellement dans la journée. Quelques jours après, il s'aperçut de l'existence du tumeurs dures de chaque côté de la base du cou, tumeurs que son médecin considéra comme anciennes. En même temps il remarqua que la tuméfaction s'étendait au cou. Il prit à cette époque une bouteille d'eau de Sedlitz et deux autres purgations furent, au dire du malade, suivies d'une diminution dans le gonflement de la face; mais depuis, elle se remontra rapidement, devint permanente et s'étendit du cou aux parois du thorax, aux membres supérieurs, principalement au gauche, puis sur le tronc jusqu'au niveau de l'ombilic. Il y avait en même temps un peu d'étouffement, mais pas ou peu de toux, pas d'expectoration, pas de fièvre, seulement une grande tendance au sommeil, souvent interrompu en sursaut. Ces symptômes augmentant, le malade s'est décidé à entrer à l'hôpital.

État du malade à l'hôpital.—Cet homme, de moyenne taille, assez fortement constitué, d'un embonpoint considérable, a la face colorée, le cou très court. La figure, le cou, le tronc jusqu'à l'ombilic, les membres supérieurs, principalement le gauche, sont le siége d'un œdème dur, conservant mal au cou, à la face et au tronc, l'impression du doigt. La figure est fortement injectée, sans cyanose des joues ni des lèvres.

A la base du cou, à gauche, au niveau des apophyses transverses des dernières vertèbres cervicales, au-dessus de la clavicule, derrière cet os, et semblant se prolonger

dans le thorax, on sent des inégalités de volume et de consistance difficilement appréciables à cause de l'œdème; une d'entre elles cependant, plus saillante, forme une tumeur arrondie, très dure, du volume d'une noix, peu ou point mobile. Du côté droit, on sent bien des inégalités, mais peu marquées, et l'œdème permet de douter qu'il y ait réellement tumeur. Les urines, rares et rouges, laissent précipiter par le refroidissement un nuage épais, soluble dans l'acide nitrique et par la chaleur; elles ne contiennent pas d'albumine. L'appétit est bon, et les fonctions digestives ne présentent aucun dérangement. Le bord inférieur du foie fait cependant une forte saillie au-dessous du rebord des fausses côtes; on peut le limiter par la percussion et la palpation, et l'on reconnaît qu'il descend à une certaine distance au-dessous de l'ombilic; latéralement il n'occupe pas un espace plus grand qu'à l'état normal; en haut on ne peut le limiter.

En percutant le thorax, on reconnaît que la sonorité du côté gauche est parfaite; à droite, au contraire, il y a matité complète, avec absence absolue d'élasticité de haut en bas, en avant et en arrière, sans qu'il y ait un seul point sonore. Le cœur ne peut être limité à droite; à gauche la matité précordiale n'est pas augmentée.

L'auscultation du poumon gauche permet de reconnaître que la respiration s'y fait très bien. En auscultant le poumon droit, on n'entend nullement le murmure respiratoire; il est remplacé partout, en avant, en arrière, en haut, en bas et latéralement, par un souffle tubaire très sec, des plus intenses. Ce souffle retentit même à l'épigastre et s'étend jusqu'au niveau de l'ombilic à travers le foie, quoique éloigné de l'oreille en ces derniers points. Dans le tiers inférieur et postérieur du même côté, la voix résonne chevrotante, comme si l'on parlait dans un mirliton. Partout ailleurs elle est écla-

tante, et il y a une véritable bronchophonie qui s'entend aussi bien en avant qu'en arrière. Pas de toux, pas d'expectoration, pas de fièvre; le malade ne peut dormir sur le côté droit; il lui est très difficile de dormir dans le lit, parce que l'étouffement y devient intolérable et il passe les nuits dans un fauteuil. L'état général n'offre d'ailleurs rien de particulier à noter.

Traitement. — Un large vésicatoire sur le côté droit du thorax. Deux portions.

24 *février*. — Même état. Le scrotum est un peu infiltré.

1er *mars*. — Point de changement notable du côté du thorax. Le côté gauche de la face est beaucoup plus tuméfié que le droit; cependant, au moment de l'entrée, on n'avait pas noté de différence sensible.

14 *mars*. — Il y a une aggravation considérable et sans cesse croissante dans l'état du malade. L'infiltration a gagné les parties inférieures du tronc et le scrotum; elle est énorme à la partie gauche de la face et dans tout le membre supérieur gauche, beaucoup moindre au côté droit de la face et dans le membre supérieur droit. Cyanose de la face, surtout des lèvres et des mains. Rien de semblable aux pieds. Les accidents du côté du thorax n'ont éprouvé aucune diminution, le souffle et l'égophonie s'entendent maintenant à gauche. Il y a une forte dyspnée, toujours sans toux ni expectoration. Tout sommeil est impossible; il y a depuis quelques jours un état fébrile continu.

18 *mars*. — La cyanose est très forte et toujours plus considérable le matin que le soir; la dyspnée est extrême; le malade ne peut rester qu'assis. L'infiltration est toujours plus marquée dans la moitié gauche du corps que dans la moitié droite; elle s'étend à la partie supérieure des cuisses.

A la visite du soir j'apprends que le malade est mort presque subitement à onze heures, et voici ce que les

assistants s'accordent à me rapporter sur ses derniers moments : A dix heures il a mangé un potage ; quelques instants après, la cyanose a beaucoup augmenté, et les mains, le nez, les oreilles, sont devenus bleu foncé. Le corps s'est en même temps refroidi, puis il s'est laissé aller sur son oreiller comme pour dormir, et l'on a reconnu qu'il était mort. Un fait a frappé toutes les personnes présentes, c'est que, immédiatement après la mort, la cyanose excessive a fait place à une pâleur très marquée.

Autopsie vingt-quatre heures après la mort.

Habitude extérieure. — La face, pâle, ne conserve que quelques traces de la cyanose. Le corps, également pâle, ne présente de vergetures violacées qu'à la partie postérieure.

A la section des parties molles, il ne s'écoule pas de liquide, et les tissus paraissent à peine infiltrés. Le tissu graisseux est extrêmement développé, les muscles bien conservés, rouges et forts ; le sang qui s'écoule des veines ouvertes est noir et liquide.

Organes thoraciques. — A l'ouverture des plèvres, un flot de sérosité citrine et parfaitement limpide s'échappe. La cavité de la plèvre droite est remplie par un épanchement énorme, qui refoule fortement le diaphragme en bas et aplatit le poumon contre la colonne vertébrale et le médiastin. Des fausses membranes transparentes, nullement organisées, floconneuses, flottent dans le liquide. La cavité de la plèvre gauche se trouve également remplie par une quantité considérable de sérosité citrine qui repousse le poumon vers le médiastin, mais beaucoup moins qu'à droite.

Derrière le sternum et les cartilages costaux, sur les parois thoraciques, principalement à droite, se trouvent

des tumeurs de forme et de volume variables, mais dont le tissu paraît identique; elles sont en général bosselées et inégales à leur surface; elles crient sous le scalpel comme du cartilage, et présentent à la coupe un aspect complétement lardacé. Elles rendent par la pression un suc blanchâtre, laiteux. Ce liquide, examiné au microscope, présentait des corpuscules qui composaient la masse de ces tumeurs. On n'y trouvait aucune trace du tissu fibro-plastique. Les petits corpuscules dont j'ai parlé ont paru être les cellules cancéreuses du squirrhe. D'ailleurs je n'ai pu voir aucune des cellules complètes caractéristiques du cancer, et surtout pas de cellules mères ou granulées.

L'une des tumeurs indiquées mérite surtout de fixer l'attention, Elle est située derrière la clavicule, les cartilages des cinq premières côtes et le sternum; elle adhère à la face postérieure de ces os, mais en est facilement séparée par la dissection et n'est nullement confondue avec eux. Elle est très volumineuse, occupe toute la partie des médiastins situés au-dessus du cœur, depuis la face postérieure du sternum jusqu'à la colonne vertébrale, englobe, sans les comprimer réellement, l'aorte descendante, la trachée et l'œsophage. En bas, elle est adhérente au péricarde, qui se trouve en partie transformé en sa substance, refoule le cœur et lui donne une position horizontale. Elle est blanche, à peine vascularisée, mais traversée par les gros troncs sanguins qui parcourent cette région. Les parois de la veine cave supérieure sont complétement converties en tissu de la tumeur et confondues avec elle; le calibre de ce vaisseau très diminué est en outre obstrué par des caillots organisés, qui paraissent participer à la dégénérescence des parois. Les deux troncs veineux brachiocéphaliques se trouvent également frappés de dégénérescence et complétement obstrués.

A gauche, la veine sous-clavière est englobée par un prolongement de la tumeur, et dégénérée fort loin, de telle sorte que la circulation veineuse paraît devoir être nulle dans le membre supérieur gauche. La veine sous-clavière droite n'est au contraire nullement altérée, et à sa section le sang s'en échappe complétement liquide; les vaisseaux qui partent de l'aorte, une partie de l'aorte ascendante et descendante, la crosse de ce vaisseau, se trouvent enfermés dans la tumeur sans que leurs parois soient altérés; elles sont séparées du tissu anormal par un peu de tissu cellulaire lâche et très sain. Leur calibre n'a subi aucune modification appréciable. La tumeur envoie sous la clavicule gauche des prolongements qui font saillie au-dessus de cet os dans le triangle sus-claviculaire.

De la face supérieure du diaphragme s'élèvent dans la cavité pleurale droite des tumeurs inégales, mamelonnées, qui se continuent par le médiastin avec la tumeur précédente.

Le poumon droit est aplati contre le médiastin et réduit à un feuillet de quelques lignes d'épaisseur; il est difficile de reconnaître dans ce vestige la structure normale de l'organe: à sa partie inférieure on trouve des plaques d'un tissu semblable à celui des tumeurs. Le poumon gauche, très diminué de volume, ne présente aucune altération de tissu.

Le cœur, petit, est couché horizontalement sur la face convexe du foie et sa face postérieure en est aplatie. A la partie antérieure du ventricule gauche, le feuillet viscéral du péricarde a subi une dégénérescence analogue à celle des tissus précités.

Pas de liquide dans le péritoine. Les viscères sont fortement refoulés en bas; le bord inférieur du foie déborde de trois travers de doigt le niveau de l'ombilic. Les veines, et surtout la veine porte et la veine cave, sont énormément

distendues par une grande quantité de sang. Il n'y a pas de lésion des organes abdominaux, sauf dans le mésentère, où l'on trouve quelques ganglions durs d'un tissu analogue à celui des tumeurs thoraciques.

Cette observation offre avec la précédente une assez grande analogie sous le rapport des symptômes. Dans les deux cas, en effet, malgré la différence des causes, l'œdème de la face s'est montré un mois environ avant l'entrée du malade à l'hôpital. Les différentes régions de la moitié supérieure du tronc ont été successivement envahies par l'œdème à peu près dans le même ordre; seulement le séjour du malade à l'hôpital s'est prolongé pendant un mois, tandis que dans la première observation il n'a été que de cinq jours. Dans cet espace d'un mois, sont survenus plusieurs phénomènes qui doivent être rapportés moins à la lésion de la veine cave elle-même, qu'à la nature des causes qui avaient amené l'oblitération de ce vaisseau. Ici, en effet, il ne s'agissait plus d'une phlébite simple, mais bien de la compression et de la destruction de la veine par des tumeurs cancéreuses qui avaient envahi toute la cavité thoracique et qui étaient arrivées à comprimer les troncs veineux brachio-céphaliques droit et gauche, et jusqu'à la veine axillaire gauche. De là l'œdème très prononcé des extrémités supérieures, et particulièrement celui du côté gauche. Indépendamment de l'œdème de la partie supérieure du tronc, il est survenu vers la fin de la vie des infiltrations séreuses du scrotum et des extrémités inférieures. — Ce dernier fait, assez rare, doit être rapporté, sans aucun doute, à la cachexie cancéreuse, à moins pourtant qu'il n'y ait eu des coagulations sanguines dans quelques autres troncs veineux, mais l'observation est muette à cet égard. Le mode d'action de la tumeur cancéreuse sur la veine cave me paraît digne d'attention. Non-seulement il y a eu

ici compression, puis ensuite coagulation du sang, mais la veine a été complétement transformée en tissu cancéreux, et cette transformation s'est étendue à quelques-unes des veines affluentes de la veine cave. Elle avait lieu à un tel degré, que l'on ne trouvait plus aucun vestige des parois veineuses, et, ce qu'il avait de remarquable, c'est que les troncs artériels étaient intacts; un tissu cellulaire lâche les séparait des tissus dégénérés. Une de mes observations offre un exemple analogue de dégénérescence de la veine cave en matière cancéreuse, je ne la rapporte pas ici, parce que, intéressante sous un autre point de vue, elle trouvera sa place dans une autre partie de mon travail.

Nous venons de voir dans les deux observations précédentes l'oblitération de la veine cave supérieure produite par deux ordres de causes bien distinctes. Dans l'observation suivante le mécanisme est encore différent.

Une tumeur anévrysmale de la crosse de l'aorte était arrivée à comprimer la veine cave, à ce point que, aplatie et oblitérée, elle faisait corps avec les parois de l'anévrysme.

III[e] OBSERVATION. — *Oblitération complète de l'artère brachiocéphalique et de la veine cave supérieure, déterminée par le développement progressif d'un énorme anévrysme de l'aorte ascendante* (1).

La nommée Bordeaux, ancienne cuisinière, puis garde-malade, souffrait, depuis une vingtaine d'années, de dyspnée et de palpitations. En 1834, elle éprouva des étourdissements et perdit connaissance; en janvier 1835, il existait de la bouffissure du visage et une teinte violacée des lèvres; à la même époque on cessa de perce-

(1) Martin-Solon, *Archives de médecine*, 2e sér., t. X, p. 296.

voir les battements de l'artère radiale du côté droit. Elle entra à Beaujon le 4 mai 1835.

Le facies est un peu bouffi, cependant il présente peu, excepté aux lèvres, de ces vergetures violacées, si communes chez les sujets affectés de maladies du cœur ou des gros vaisseaux. La malade est obligée de se tenir assise dans son lit, sa respiration est difficile.

Le pouls du côté gauche donne 80 battements un peu irréguliers et assez forts; celui du côté droit est très peu sensible. La partie supérieure du sternum offre, surtout à droite, une voussure assez notable. La percussion de cette région donne un son obscur; l'auscultation ne fait reconnaître autre chose qu'un bruit sourd et des battements à peine sensibles, isochrones à ceux du pouls.

L'impulsion du cœur est assez vive, et ses battements se font entendre dans une région un peu inférieure à celle qu'ils occupent ordinairement; un souffle assez marqué accompagne son premier bruit; toutes les veines thoraciques sous-cutanées, surtout celles du côté droit, sont saillantes et remarquables par leur couleur bleue très prononcée. Les membres supérieurs, surtout le droit, sont un peu œdématiés; les inférieurs n'offrent rien de semblable.

Le sommeil est pénible.

La marche augmente tous les symptômes; aussi la malade reste-t-elle habituellement assise dans son lit; sans cela les battements qu'elle ressent dans le dos et la gêne de sa respiration la menaceraient de suffocation. La saignée, pratiquée successivement au bras droit et au bras gauche, donne également du sang, mais soulage seulement la malade pour quelques moments, et ne diminue pas la tension des veines thoraciques. Le bras droit conserve autant d'embonpoint et de sensibilité que le gauche, quoique sa température soit un peu moins élevée.

Le pouls droit, qui s'était fait sentir pendant quelques jours plus distinctement, ne tarda pas à devenir aussi peu sensible qu'auparavant.

Deux mois après l'entrée de la malade, l'oppression fait des progrès. L'œdème du bras gauche devient aussi considérable que celui du bras droit, et les veines thoraciques gauches acquièrent un développement pareil à celui des veines du côté opposé. Un sentiment insupportable d'oppression est ce qui tourmente le plus cruellement la malade, surtout quand l'atmosphère est humide.

Vers le commencement de juillet, l'infiltration séreuse fait de nouveaux progrès. Les paupières deviennent tellement tuméfiées, que l'on est obligé de pratiquer des mouchetures et d'employer alternativement une compression méthodique sur chaque œil. Le tissu cellulaire du crâne et du cou, celui des mains et des bras, s'infiltrent également de chaque côté; ni la saignée, ni les purgatifs, ni les pédiluves, ne procurent de soulagement. Les facultés intellectuelles commencent à s'embarrasser; la malade parle pendant son sommeil; elle est assoupie une grande partie de la journée, ses réponses sont en général vagues. La respiration devient de plus en plus embarrassée, et, pour la rendre moins difficile, la malade reste assise dans son lit, la tête tellement penchée en avant, qu'elle pose sur ses genoux. Enfin, après plusieurs jours d'anxiété extrême, la mort met un terme à ses souffrances, le 22 juillet.

Autopsie faite trente heures après la mort.

Habitude extérieure. — Le volume de la tête est considérable, à cause de l'infiltration séreuse du tissu cellulaire du crâne et de la face; les paupières, boursouflées, cachent entièrement les globes oculaires, et empêchent

de les découvrir; quelques parties de la peau des paupières offrent une teinte violacée.

Le tissu cellulaire du cou, du dos, des membres supérieurs et de la poitrine, est fortement infiltré. Les veines sous-cutanées de ces parties, et surtout celles du thorax, sont remarquables par leur couleur bleue et par une augmentation du double à peu près de leur volume ordinaire. Cette disposition ne s'observe ni à l'abdomen ni aux membres inférieurs. Ce n'est qu'en incisant le tissu cellulaire de ceux-ci que l'on y découvre une très petite quantité de sérosité que l'émaciation des parties ne permettait pas de soupçonner.

Poitrine. — Le sternum et l'extrémité antérieure des côtes enlevés laissent à découvert une tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, qui occupe une partie du côté droit du thorax, et qui dépend du développement anévrysmatique de la crosse de l'aorte, remarquable surtout à sa partie latérale droite. On voit sur la face antérieure de cette tumeur, à droite, le tronc de la veine cave supérieure entièrement aplati et oblitéré; son tissu est tout à fait confondu avec les parois de l'anévrysme dans le trajet d'un pouce. Le tronc veineux brachio-céphalique gauche a disparu dans une étendue de plus de 2 pouces; celui du côté droit offre la même disposition. La veine cave supérieure conserve vers le cœur 1 pouce à peu près de longueur, mais son calibre est considérablement diminué et rempli par un caillot fibrineux.

Ici l'oblitération a eu lieu par compression de la veine cave. Celle-ci était aplatie et oblitérée, et ses parois confondues avec la tumeur anévrysmale. Le degré de la compression n'est pas toujours porté aussi loin, mais alors il arrive, ou bien que la veine comprimée ralentit le cours du sang et détermine la formation d'un caillot oblitérant, ou bien que les parois veineuses rapprochées

contractent des adhérences au moyen de brides celluleuses qui obstruent le vaisseau. Dans l'un et l'autre cas, il survient tous les phénomènes de l'oblitération que nous étudions.

Les symptômes eux-mêmes ont offert quelques différences avec ceux des observations précédentes.

D'abord la maladie a duré beaucoup plus longtemps, les premiers symptômes ont apparu sept mois avant la mort. Puis, dans les derniers temps de la vie, l'œdème de la face et la cyanose, qui, depuis quatre mois, existaient à un degré très marqué, devinrent extrêmement considérables, au point qu'on fut obligé de pratiquer des mouchetures sur les paupières supérieures.

Il est très probable que la compression de la veine remontait déjà à une époque éloignée, et qu'elle ne devint assez grande pour déterminer de la gêne dans la circulation sanguine que sept mois avant la mort; de là les premiers symptômes observés à cette époque. Depuis, l'oblitération est demeurée complète et les symptômes ont persisté sans grande variation; ce n'est que dans les derniers jours de la vie que l'œdème de la face, du cou et des paupières, devint énorme. Il n'existait rien dans les lésions anatomiques des veines de la partie supérieure du tronc qui pût donner l'explication de ce phénomène, il faut sans doute la rapporter au peu de développement de la circulation collatérale.

Je ne puis terminer ces réflexions sans signaler l'étude assez complète qui a été faite de cette dernière. Le sang des parties supérieures du tronc revenait à la veine cave inférieure presque exclusivement par les veines superficielles et par les veines intercostales supérieures, qui le versaient dans la veine azygos; celle-ci n'avait que 4 lignes de diamètre. La presque insuffisance d'une aussi étroite communication, permet de se rendre compte des divers accidents survenus pendant la vie.

ARTICLE PREMIER. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

J'ai rapporté les trois observations qu'on vient de lire, pour démontrer, d'une part, que l'oblitération de la veine cave supérieure peut résulter de causes diverses et, d'une autre part, que ces causes peuvent imprimer à la veine des modifications fort différentes. Ces différences sont telles, en effet, qu'il me serait impossible de faire une étude générale de la lésion veineuse; aussi suivrai-je, pour décrire les altérations qui ont été constatées, les divisions que j'ai établies au commencement de ce travail. Indépendamment de la lésion de la veine cave, qui est la principale, je me propose de faire ressortir les modifications qu'éprouve le système veineux en général, et de rechercher comment se rétablit la circulation, lorsque le tronc principal de la moitié supérieure du corps est oblitéré. Les autres lésions anatomiques sont d'un ordre plus secondaire, et je me contenterai de les indiquer.

§ 1er. — *Oblitérations par concrétions sanguines.*

Lorsque l'on fend la veine cave supérieure, on la trouve toujours obstruée par un caillot. Celui-ci a offert des différences assez marquées dans les cinq observations que j'ai réunies. Une fois (1) il s'étendait depuis l'entrée de la veine cave dans l'oreillette jusqu'à l'origine des veines sous-clavières et jugulaires; une fois (VIe obs.), au contraire, il avait à peine quelques centimètres de longueur, commençant à 4 centimètres au-dessus de l'embouchure auriculaire et s'étendant jusque dans la cavité de l'oreillette même. Dans ce dernier cas, le seul qui soit pourvu de détails assez complets, le

(1) Barth, *Bulletins de la Société anatomique.*

caillot était très dense, organisé, de couleur noirâtre d'abord et qui devenait bientôt jaunâtre, analogue à celle du pus, mais avec beaucoup plus de consistance; son adhérence à la veine était très intime. Dans une observation de Reid (1), le caillot avait 2 pouces d'étendue, et la veine était transformée en un cordon arrondi, comme cartilagineux au toucher. D'autres fois (2), enfin, c'était une véritable concrétion fibrino-albumineuse se prolongeant non-seulement dans la veine cave supérieure, mais encore dans les sous-clavières et jugulaires, et même dans la veine cave inférieure. Ces concrétions étaient généralement très adhérentes aux parois de la veine. Trois fois l'adhérence était extrêmement intime et le caillot faisait corps avec la veine; deux fois, au contraire, elle n'avait lieu que par des filaments plus ou moins denses et résistants.

L'embouchure de la veine cave dans l'oreillette n'a été examinée que deux fois : une fois elle était remplacée par un cul-de-sac; dans le second cas, l'orifice de la veine n'était indiqué que par une légère dépression, et dans ce point l'oreillette offrait une espèce de diverticulum digitiforme.

La paroi interne de la veine était dans trois cas d'un rouge très foncé; deux fois elle était revêtue, au-dessus du caillot et dans une étendue de 4 à 5 centimètres, d'une fausse membrane dense, épaisse et intimement adhérente à la veine, à laquelle elle donnait une épaisseur de 3 à 4 millimètres. Cette fausse membrane fut examinée au microscope; on n'y trouva que des granules moléculaires, des globules graisseux et des éléments fibroïdes.

Dans trois de ces observations la veine était englobée

(1) Obs. de Reid et Thompson, dans *Archiv. gén. de médecine*, 2e sér., t. VIII, p. 115.

(2) Bouillaud, *loc. cit.*

au milieu d'une masse de tissu cellulaire dense, qui paraissait infiltré de matière plastique. Cette masse, plus ou moins volumineuse, réunissait à la veine quelques-uns des organes voisins, et leur adhérence était assez intime pour qu'on ne pût les séparer qu'à l'aide du bistouri. Dans l'observation de Reid, on trouva dans l'épaisseur de cette masse quelques concrétions calcaires qui environnaient le cordon veineux, et qui paraissaient provenir des ganglions bronchiques.

Il est difficile de se rendre exactement compte de la manière dont se sont formées les concrétions sanguines que nous venons de décrire. On comprend facilement que le sang se coagule dans la veine cave quand ce vaisseau, étant comprimé par une tumeur, la circulation y est rendue plus lente et plus difficile. On s'explique aussi que la coagulation ayant commencé dans l'un des affluents de la veine cave, finisse par s'étendre jusqu'à ce vaisseau lui-même. Mais dans les faits qui ont servi de base à nos descriptions, rien de pareil n'a été rencontré. La coagulation était bornée à une étendue limitée de la veine cave, et rien, dans le trajet de ce vaisseau, ne pouvait y ralentir ou interrompre le cours du sang. C'est donc à une autre cause que nous devons attribuer la formation de ces concrétions. Les lésions caractéristiques qui existaient dans trois de nos observations, nous paraissent mettre hors de doute l'existence d'une phlébite circonscrite. Nous avons trouvé, en effet, dans ces trois cas, une adhérence intime et complète du caillot avec les parois veineuses, des fausses membranes formées sur ces mêmes parois au-dessus du caillot, un épanchement de lymphe plastique autour de la membrane externe de la veine, en un mot tous les caractères de la phlébite.

Maintenant sous quelle influence s'est développée cette phlébite? C'est ce qu'il est impossible de dire. Dans

l'une de mes observations, il existait une cachexie cancéreuse, et c'est sans doute sous cette influence que le sang s'est d'abord coagulé dans la veine, la phlébite n'ayant été que consécutive. Mais dans les deux autres observations, il n'existait aucune trace de cachexie ou de maladie. La phlébite a donc été primitive. Il me paraît d'un haut intérêt de constater la possibilité de la coagulation du sang par phlébite spontanée dans la veine cave supérieure, c'est-à-dire dans un vaisseau très court, dépourvu de valvules, et dans lequel la direction du sang est tout à fait perpendiculaire.

§ 2. — *Oblitérations par compression produite par une tumeur.*

Lorsque l'oblitération reconnaît pour cause la présence d'une production hétérologue, elle peut avoir lieu de deux manières : ou bien c'est une tumeur cancéreuse qui se développe dans l'intérieur même de la veine, et l'obstrue, ou bien la dégénérescence a envahi l'un des organes voisins, et en augmentant successivement de volume, elle arrive à comprimer, puis à détruire complétement le vaisseau.

Le premier cas est le plus rare, nous n'avons pu en réunir que trois observations (1), encore sont-elles fort incomplètes. Elles nous apprennent que la tumeur naît à la surface de la veine, dans une étendue plus ou moins considérable ou par un pédicule allongé, elle remplit la cavité de la veine et s'étend quelquefois jusque dans l'oreillette ou jusqu'aux troncs brachio-céphaliques. Dans l'observation de J.-N. Marjolin (2), qui est la plus complète et la plus intéressante, la veine cave était oblitérée par une tumeur fusiforme qui adhérait assez intimement

(1) *Obs. de Thouret.* — Pièce n° 150 du Musée Dupuytren. — Cruveilhier, *Anat. pathologique*, avec planches, livraison 29.
(2) Voyez Marjolin, Thèse inaugurale, 1808.

à la membrane interne et y prenait naissance par un pédicule allongé. Cette tumeur, de nature évidemment cancéreuse, s'étendait depuis l'embouchure de la veine dans l'oreillette jusque dans le tronc de la veine sous-clavière gauche; elle était surmontée par un petit caillot de sang noir, sa surface était polie et ses extrémités mousses. Dans ces trois cas il existait des tumeurs can céreuses dans les organes voisins. Malgré cette affirmation, on pourrait à bon droit se demander si ce sont bien réellement des faits de cancer développés dans les veines. Les observations, sauf celles de Marjolin, sont tellement dénuées de détails, qu'on resterait dans le doute si M. Cruveilhier n'apportait pas à cette opinion l'appui de sa haute autorité. Cet éminent anatomiste ne doute pas de la nature cancéreuse des produits que nous avons mentionnés.

Lorsque ce sont des tumeurs tuberculeuses ou cancéreuses qui se développent autour de la veine cave, elles agissent sur ce vaisseau, d'abord en le comprimant, et en diminuant ainsi sa capacité. Cette compression peut avoir lieu d'une manière directe; une masse tuberculeuse énorme développée entre la colonne vertébrale et la veine cave supérieure, comprimait celle-ci en lui faisant décrire une espèce de révolution autour d'elle, de manière à rapprocher ses parois et à intercepter le cours du sang (1). Le plus ordinairement la compression agit d'une manière circulaire, comme l'avait déjà indiqué M. Cruveilhier (2); elle détermine une sorte de plissement des parois des vaisseaux sans aucunement les altérer, de façon qu'en enlevant la veine on peut l'étaler et lui retrouver sa largeur et sa texture normale. Comme nous le verrons dans une des observations que nous rapporterons plus loin (voy. Obs. VI), il n'est pas né-

(1) Tonnelé, *Journal hebdomadaire de médecine*, t. V. 1829.
(2) *Anatomie patholog. générale*, Paris, 1852, t. II, p. 327.

cessaire que la capacité du vaisseau soit complétement effacée pour qu'il survienne tous les symptômes de l'oblitération de la veine cave supérieure. Cette disposition de la veine facilite beaucoup la formation des caillots et des concrétions sanguines.

La membrane interne de la veine a toujours été trouvée pâle et sans injection, hormis les cas où il existait des caillots.

A un degré plus avancé, la tumeur cancéreuse envahit les parois de la veine elle-même, de telle façon que celle-ci finit par disparaître (1). Les parois de la veine cave sont converties dans le tissu de la tumeur et confondues avec elle ; on y trouve quelquefois des caillots organisés qui paraissent participer à la dégénérescence. Dans une de nos observations, nous avons pu suivre l'amincissement de la membrane interne qui disparaissait très vite dans la tumeur, au milieu de laquelle on ne trouvait trace ni de la veine cave, ni du tronc brachio-céphalique droit, non plus que de l'embouchure de la veine azygos (voy. la planche). La même chose fut observée dans notre IIe observation, et même ici on put constater que les caillots sanguins eux-même participaient à la dégénérescence cancéreuse.

§ 3. — *Oblitérations par compression d'un anévrysme de l'aorte.*

Les anévrysmes de l'aorte, lorsqu'ils arrivent en contact avec la veine cave supérieure, agissent sur elle en la comprimant et en déterminant tantôt la coagulation du sang, tantôt une sorte d'inflammation adhésive entre les feuillets opposés de la membrane interne. Dans un cas (2) la veine était aplatie, obstruée en partie par un

(1) *Journal analytique*, décembre 1828. — Bailly, *Bull. de la Soc. anat.*, 1854.
(2) Reynaud, *Journal hebdomadaire*, 1829, t. II, p. 112.

caillot fibrineux, qui pouvait laisser passage à une petite colonne de sang. Là où se terminait le caillot, c'est-à-dire à un pouce de son insertion à l'auricule, les parois de la veine étaient tellement rapprochées, qu'elles avaient contracté des adhérences au moyen de brides fibreuses bien organisées et d'une texture celluleuse. A un degré avancé (1), la veine est complétement aplatie et oblitérée, les tuniques sont entièrement confondues avec le sac anévrysmal dans une étendue plus ou moins considérable.

Épanchements pleurétiques. — Les épanchements pleurétiques, qui semblent devoir être la conséquence immédiate de l'oblitération de la veine cave sont moins fréquents qu'on ne pourrait le supposer. En effet, ils n'ont été notés que dans la moitié environ des cas, 9 fois. Trois fois il existait des adhérences d'un côté et un épanchement médiocre de l'autre. Quatre fois il y avait un épanchement d'un seul côté, deux fois à droite et deux fois à gauche. Enfin, deux fois l'épanchement était double, mais inégal des deux côtés, plus fort à droite qu'à gauche.

Le liquide épanché était de la sérosité limpide citrine, mêlée trois fois seulement de flocons albumineux et de fausses membranes. La quantité du liquide n'a été évaluée exactement dans aucune de nos observations. L'épanchement est noté comme médiocre dans la plupart des cas.

Épanchement péricardique. — On a rarement constaté l'existence d'un épanchement dans la cavité du péricarde. Nous ne le trouvons mentionné que dans trois de nos observations. Il existait de 50 à 80 grammes de sérosité transparente, sans flocons albumineux et sans aucune lésion de la séreuse. Une fois le feuillet antérieur du péricarde avait été envahi par une tumeur cancéreuse et avait participé à la dégénérescence.

(1) Martin Solon (voy. obs. II). — Deckart, *Archives de médecine*, 1835, p. 119. — Bouillaud, *loc. cit.*

Encéphale. — L'encéphale n'a généralement offert que très peu de lésions; il a été examiné dans dix cas, et trois fois seulement on a constaté l'existence d'une injection assez marquée de la substance cérébrale. Il y avait un piqueté assez abondant. Dans les autres faits, le cerveau était pâle, de consistance médiocre; cinq fois on a trouvé l'arachnoïde infiltrée, il existait en même temps dans les ventricules un épanchement de sérosité de 40 à 80 grammes.

Les vaisseaux cérébraux étaient dans presque tous les cas fortement congestionnés, la pie-mère très injectée, les sinus gorgés de sang; dans l'observation de M. Tonnelé, il existait dans le sinus longitudinal supérieur une concrétion sanguine qui s'étendait jusque dans les veines jugulaires internes et la veine cave supérieure.

Le cœur était le siége d'altérations dans un certain nombre de cas. Cinq fois on a constaté une hypertrophie avec dilatation de ses parois, une fois la dilatation était bornée à l'oreillette droite; deux fois au ventricule gauche. Une fois l'oreillette droite était très petite et rétractée jusqu'au volume d'une noix. Quatre fois le cœur était sain. Les valvules n'ont offert d'altérations dans aucun cas.

Indépendamment des lésions que nous venons d'énumérer, il existait six fois des tumeurs cancéreuses dans divers organes. Une fois on trouva les traces d'une hémorrhagie cérébrale, et deux fois seulement des tubercules dans les poumons.

Nous avons examiné très succinctement les lésions anatomiques qui n'appartiennent pas directement à l'oblitération de la veine cave. Comme notre but est surtout de faire ressortir les altérations de ce vaisseau, nous avons omis à dessein, comme n'appartenant pas à notre sujet, la description des tumeurs cancéreuses, anévrysmales, et autres, que nous n'avons fait qu'indiquer.

Système veineux. — La circulation se trouvant rendue

impossible dans le tronc veineux principal de la partie supérieure du corps, il en résulterait rapidement des accidents de la plus haute gravité, si le développement d'une circulation collatérale ne venait offrir au sang des voies de retour vers l'oreillette droite. Pour suffire à cette nouvelle circulation, les veines superficielles et profondes subissent des modifications considérables, qu'il serait très intéressant d'étudier, si la plupart des auteurs n'avaient négligé de les rechercher. Nous ne trouvons, en effet, que cinq observations dans lesquelles elles aient été notées, et encore, une d'entre elles a donné un résultat négatif. C'est donc d'après quatre faits seulement, que nous étudierons les changements survenus dans le système veineux.

Ces changements ont été observés dans les veines superficielles et profondes de la partie supérieure et même de la partie inférieure du corps. Le réseau capillaire lui-même est affecté, et nous verrons dans la symptomatologie que l'un des phénomènes les plus constants est la stase sanguine (cyanose) avec dilatation des vaisseaux capillaires de la face, du cou, quelquefois de la partie supérieure du tronc, et souvent des conjonctives oculaires. Mais les modifications sont bien plus marquées dans les veines superficielles de la partie supérieure du corps. Les veines de la face et du front deviennent très apparentes, elles sont quelquefois tellement distendues que dans deux de nos observations elles formaient un relief comparable pour le volume à celui d'une plume d'oie. Les veines superficielles du tronc, de la poitrine, du cou et de l'aisselle, sont également très dilatées et largement anastomosées ensemble. Elles offrent quelquefois une saillie si considérable qu'on a pu comparer les jugulaires à une corde tendue. Dans l'observation de M. Reynaud, les veines des épaules très développées et sinueuses, surtout à droite, s'anasto-

mosaient par des rameaux nombreux auxquels se joignaient quelques veines du bas-ventre, et surtout des épigastriques. Dans notre première observation il existait sur le devant de la poitrine une dilatation des veines sous-cutanées, très nombreuses, de couleur rouge violacée, offrant des varicosités qui s'unissaient entre elles par de fréquentes anastomoses.

Les veines des bras peuvent également subir une dilatation assez grande, mais plus rarement, puisque le fait n'a été constaté qu'une fois. A la partie inférieure du corps, la veine épigastrique, les lombaires et quelques veines sous-cutanées de la cuisse ont offert, dans trois cas, une légère dilatation; les épigastriques s'anastomosaient avec les veines thoraciques, et les anastomoses étaient très apparentes.

Aucune des veines superficielles n'a été examinée à l'autopsie, elles n'ont été ni ouvertes ni mesurées, de sorte qu'il n'est pas possible de juger du degré de leur dilatation.

Les veines profondes ont été étudiées dans trois cas, avec des détails suffisants pour nous permettre de suivre exactement le cours du sang veineux. L'une des observations nous semble même assez complète pour que nous en transcrivions ici tout ce qui a trait au système veineux.

IV[e] OBSERVATION. — *Oblitération de la veine cave supérieure. Dilatation des veines profondes de la moitié supérieure du corps* (1).

Les grosses veines du cou se réunissaient, comme à l'ordinaire, à la veine cave supérieure qui s'oblitérait subitement au point indiqué. La veine azygos avait le double de son volume ordinaire, et devenait brusque-

(1) Reid et Thompson, *loco citato*, p. 115 119.

ment imperméable dans le point où elle s'unit à la veine cave oblitérée. Les veines intercostales droites, surtout la supérieure, étaient considérablement dilatées; une veine de la grosseur d'une plume ordinaire passait entre la veine cave, immédiatement avant son oblitération et la partie supérieure de la veine azygos. Cette dernière recevait à la hauteur ordinaire, c'est-à-dire vers la septième vertèbre dorsale, la branche qui est appelée veine demi-azygos, et qui avait plus du double de son volume ordinaire. On ne put apprécier l'état des veines intercostales supérieures du côté gauche, parce qu'elles avaient été presque entièrement détruites; mais à en juger par ce qui en restait, elles devaient avoir été considérablement agrandies. En insufflant de l'air dans l'azygos et la demi-azygos, on vit que ces veines conservaient leur ampleur anormale jusqu'au niveau du diaphragme, et qu'elles formaient plusieurs flexuosités. L'air passa librement dans la cavité des veines intercostales et lombaires supérieures qui étaient dilatées, et distendit toutes les veines lombaires, ainsi que la veine cave ascendante. Une veine qui avait au moins le volume d'une plume à écrire, et qui était formée par une branche provenant de chaque azygos, passait à travers la partie gauche de l'ouverture aortique du diaphragme, et s'unissait à la veine cave inférieure, près du point où celle-ci reçoit les veines rénales. Les veines mammaires internes avaient été détruites, mais les veines épigastriques avaient leur volume ordinaire: ainsi il n'y avait pas un reflux du sang dans cette direction. Tout le sang veineux du corps, excepté celui de la veine coronaire, étant versé dans l'oreillette droite par la veine cave inférieure, cette veine était aussi considérablement dilatée. A son entrée dans le cœur, elle pouvait presque admettre trois doigts. Les veines azygos communiquent ordinairement avec les veines rénales, mais ici on ne

put savoir si cette communication existait ou si elle était élargie, parce que les reins avaient été enlevés.

Des deux autres observations, l'une offre une assez grande analogie avec la précédente au point de vue du système veineux, la troisième en diffère d'une manière notable. Dans les deux premiers cas (obs. I et IV) la veine azygos était imperméable à son embouchure dans la veine cave; elle était largement dilatée; une fois elle avait le double de son diamètre normal; l'autre fois elle mesurait 3 centimètres 1/2; flexueuse, elle communiquait avec les lombaires et les rénales, etc. Les veines intercostales droite et gauche étaient très dilatées dans un cas, un peu moins dans l'autre. La demi-azygos n'a été recherchée et trouvée qu'une fois; elle était flexueuse et d'un volume double de l'état normal. Les veines épigastriques étaient dilatées dans un cas et s'anastomosaient avec les veines thoraciques; dans l'autre, elles avaient conservé leur volume normal. Enfin, la veine cave inférieure a été trouvée très dilatée dans l'observation précédente, et de l'air, insufflé par la veine azygos, y pénétrait facilement.

Dans la troisième observation, au contraire, la veine azygos, imperméable aussi à son embouchure dans la veine cave, n'offrait aucune dilatation, elle n'avait plus que 4 lignes de diamètre. Les veines intercostales et mammaires internes n'ont offert rien de particulier.

Les veines sous-cutanées, au contraire, du cou, du dos, des membres supérieurs et surtout celles de la poitrine, étaient très saillantes et offraient une augmentation du double à peu près de leur volume ordinaire.

Pour résumer ces caractères en deux mots, nous trouvons dans les trois cas : la veine cave oblitérée et la veine azygos imperméable à son origine. Cette dernière était deux fois très dilatée, et une fois elle avait un peu

moins de son volume normal. Avec ce double fait, auquel nous rattachons les caractères que nous avons énumérés plus haut, voici, à ce qu'il nous paraît, la manière dont la circulation veineuse de la partie supérieure du tronc s'est rétablie.

Dans les deux premiers cas (v. azygos dilatée), le sang a pris son cours par les mammaires internes, les superficielles du thorax et peut-être les vertébrales. Celles-ci, par les intercostales supérieures et les lombaires supérieures, ramenaient le sang dans les veines azygos et demi-azygos. Ces dernières servaient en quelque sorte de réservoir au sang veineux qui revenait des parties supérieures par un cours rétrograde. Au moyen des veines azygos, le sang arrivait directement ou par les veines rénales dans la veine cave inférieure. Dans une de nos observations, on voyait une veine supplémentaire qui émanait des deux azygos, passait à travers l'ouverture du diaphragme et aboutissait directement dans la veine cave. L'établissement de la circulation a donc eu lieu exclusivement par les veines de la partie supérieure du corps, qui aboutissaient directement à la veine azygos considérablement dilatée ; les veines abdominales et épigastriques ne paraissent avoir servi que dans un cas, et encore ce ne paraît être que dans une faible proportion.

Dans l'observation de M. Martin Solon (v. azygos rétrécie), les choses ne se sont point passées ainsi. Indépendamment de l'oblitération de la veine cave, les veines brachio-céphaliques étaient elles-mêmes oblitérées, et néanmoins les veines azygos n'avaient subi aucune dilatation. Les veines superficielles du tronc et les épigastriques seules étaient très élargies et distendues, et il semble que le retour du sang s'est effectué par les veines superficielles et les épigastriques, qui l'ont ramené médiatement dans la veine cave inférieure.

Malgré la dilatation considérable qu'avaient subie ces vaisseaux, il est difficile de concevoir comment tout le sang de la veine cave supérieure a pu passer aussi librement qu'il est nécessaire dans la veine cave inférieure, d'autant plus que le sang était obligé de suivre une marche rétrograde. Il est donc probable que les intercostales supérieures, les lombaires et les épigastriques n'ont pas été étrangères au rétablissement du cours du sang. On comprend facilement qu'une circulation si insuffisante ait amené de la cyanose, des hémorrhagies, des épanchements et un œdème très considérable. Mais ce qui est plus difficilement explicable, c'est que ces accidents ont été lents et prolongés, car je ne crois pas qu'on puisse accepter l'opinion de M. Martin Solon, qui pense que, le système artériel versant dans les parties supérieures moins de sang que dans l'état normal, un système veineux de facile retour était moins nécessaire au malade.

ARTICLE II. — SYMPTÔMES.

L'oblitération de la veine cave supérieure est caractérisée par les symptômes suivants :

La maladie débute ordinairement par de la toux et de la dyspnée, et quelquefois par une orthopnée intense : il n'est pas rare de trouver du sang dans les crachats, pur ou mélangé à des matières muqueuses ; quelquefois même il survient une véritable hémoptysie ou des vomissements de sang. A ces symptômes se joignent aussi des palpitations de cœur plus ou moins marquées. Dans d'autres circonstances, les premiers phénomènes sont de la céphalalgie, des vertiges, une tendance marquée aux congestions cérébrales qui peuvent revenir sous l'influence de causes souvent légères. Enfin, la maladie peut commencer d'emblée par l'œdème de la face. En tout cas, ce

dernier symptôme ne tarde pas à survenir et constitue un des plus importants. L'œdème commençant par l'un ou l'autre côté de la face, envahit bientôt cette région tout entière, s'étend au front et au cuir chevelu. Plus tard, le cou et les extrémités supérieures s'infiltrent. A un degré plus avancé les parois thoraciques antérieures et postérieures sont envahies, mais l'œdème s'arrête assez brusquement à la région ombilicale, qu'il ne dépasse que très rarement. Cet œdème de la moitié supérieure du tronc offre un contraste très frappant avec la sécheresse de la partie inférieure qui conserve son volume normal. C'est là un des caractères les plus curieux et les plus intéressants de la maladie. Les parties œdématiées ne tardent pas à prendre une teinte bleuâtre qui est marquée surtout à la face, à laquelle elle donne l'apparence de la cyanose, et qui augmente sous l'influence de toutes les causes qui peuvent gêner le retour du sang des parties supérieures (efforts, accès de toux, etc.) Enfin les veines superficielles de la face, du cou, de la poitrine se dilatent, deviennent très apparentes, et offrent quelquefois à la surface une ligne rosée qui dessine leur trajet. Bientôt surviennent de la céphalalgie, des vertiges, lorsque le malade fait un mouvement un peu étendu; quelquefois ce sont de véritables congestions cérébrales qui se dissipent plus ou moins rapidement, et même des attaques d'apoplexie. Habituellement les nuits sont pénibles, agitées et sans sommeil, et quand le malade s'endort il est fréquemment réveillé en sursaut. Quelquefois il y a des hémorrhagies, des épistaxis, des hémoptysies, des vomissements de sang; dans d'autres circonstances, il y a une expectoration de crachats sanglants ou sanguinolents. En même temps, on note de la dyspnée ou de l'orthopnée et même, mais assez rarement, des accès de suffocation. Il survient une toux plus ou moins fréquente avec expectoration à caractère variable.

La percussion et l'auscultation donnent des résultats qui varient suivant les causes diverses de l'oblitération veineuse et suivant les maladies de poitrine accidentelles qui ont pu survenir. Au milieu de ces phénomènes, le pouls reste calme et ne devient fébrile que vers la période ultime de la maladie. Il y a souvent des palpitations, surtout quand il existe une maladie du cœur ou des gros vaisseaux. Enfin, dans quelques cas, on trouve de l'albumine dans les urines. Ces symptômes persistent quelquefois sans variations appréciables; mais le plus ordinairement l'œdème de la face augmente; celle-ci devient énorme, elle offre alors une teinte violacée très marquée, les lèvres sont bleuâtres, les conjonctives ont une teinte rouge très foncée. L'œdème des bras et de la poitrine augmente également, les veines deviennent de plus en plus saillantes et apparentes; les phénomènes cérébraux deviennent plus graves, il y a du délire, du coma, de l'agitation, auxquels se joint une fièvre plus ou moins intense, et le malade ne tarde pas à succomber. Dans quelques cas, la mort survient inopinément, sans que rien ait pu faire prévoir une terminaison funeste aussi rapide.

Tel est le tableau général de la maladie; mais on n'en aurait qu'une idée incomplète, si nous ne revenions pas sur les principaux symptômes, afin d'en étudier la fréquence et le degré d'importance.

1° *Début.* — Les symptômes qui caractérisent le début varient non-seulement suivant la cause qui détermine l'oblitération veineuse, mais encore suivant que cette cause agit lentement ou brusquement.

En général, l'apparition des premiers symptômes remonte à une époque fort variable. Sur huit observations où le début de la maladie a été noté, il remontait à plusieurs mois chez l'un, à cinq mois chez deux; à six semaines chez deux autres; un sixième éprouvait des

étouffements depuis quatre ans; les deux derniers ont ressenti les premiers symptômes à une époque qui a varié d'un mois à six semaines.

Les symptômes principaux du début ont été de la toux et de la dyspnée. La dyspnée a offert une intensité variable : quelquefois assez légère, elle acquérait rapidement une grande intensité au point de déterminer une véritable orthopnée avec des accès de suffocation. La toux était généralement assez forte, quinteuse, avec une expectoration muqueuse; trois fois seulement on a pu constater la présence du sang pur ou mêlé aux crachats. Une fois il a existé, trois ans avant l'apparition des premiers symptômes et nonobstant l'absence de tubercules, de véritables hémoptysies.

L'existence de la toux et de la dyspnée, tout en se rattachant à l'oblitération de la veine cave, semble se rapporter plus particulièrement aux affections intra-thoraciques, etc., qui l'ont déterminée; mais elles n'en doivent pas moins être considérées comme des symptômes du début. Il en est de même des palpitations de cœur, qui ont existé surtout chez les malades où l'on trouvait un anévrysme de l'aorte, et quelquefois aussi (quatre fois) chez ceux qui offraient les organes de la circulation dans un état d'intégrité complète. Quatre fois on a noté au début de la maladie des vertiges, de la céphalalgie, une tendance très marquée aux congestions cérébrales qui, dans deux cas, revenaient à la moindre cause, à la suite d'un mouvement violent, pendant un fort accès de toux, etc. Dans trois observations, le premier symptôme a été la bouffissure de la face tantôt bornée à un côté, tantôt s'étendant à toute la figure. Une fois elle débuta six semaines avant l'entrée du malade à l'hôpital, envahit toute la face, persista sans changement pendant quatre semaines, et disparut complétement pendant huit jours pour revenir.

La plupart de ces phénomènes ont eu une marche

lente et un développement progressif, et on le comprend facilement si l'on se reporte aux causes habituelles de l'oblitération de la veine cave dont l'action est lente et progressive. Mais il peut arriver que tous les symptômes surviennent brusquement et arrivent presque d'emblée à leur summum. M. Cruveilhier rapporte dans son *Traité d'anatomie pathologique* un fait de ce genre. Il suffit de quarante-huit heures pour que la maladie fût caractérisée. Du reste, cette observation, quoique très courte, est assez intéressante pour prendre place dans ce travail.

Ve OBSERVATION.—*Signes d'oblitération de la veine cave aperçus brusquement après une mauvaise nouvelle* (1).

Un négociant apprend une nouvelle imprévue qui change sa position et celle de ses enfants. Saisissement profond : quarante-huit heures après, le côté droit de la face devient cyanosé et tuméfié ; trente heures plus tard, l'état cyanique se manifeste au côté gauche. Ce ne fut que deux mois après le saisissement que M. Cruveilhier fut consulté. La face, le cou sont considérablement tuméfiés, œdémateux, de couleur violacée. Un grand nombre de plaques violacées se voient sur le thorax ; les membres supérieurs sont cyanosés et tuméfiés depuis douze jours. Toutes les veines superficielles capillaires et autres sont dilatées. La dilatation veineuse et l'œdème sont bornés à la moitié supérieure du corps. Le malade observait que le repos et la tranquillité rétablissaient un peu l'équilibre de la circulation. M. Cruveilhier n'a plus revu ce malade.

Il y a certainement ici tous les symptômes de l'oblitération de la veine cave supérieure ; et ce qui leur donne

(1) Cruveilhier, *Traité d'anat. patholog. gén.*, t. II, p. 346.

un caractère spécial, c'est qu'ils sont survenus brusquement et sous l'influence d'une émotion morale vive. Avec ce que nous savons des causes pathologiques des oblitérations veineuses, il est très difficile de s'expliquer la brusquerie de ce début, et malheureusement l'absence de détails suffisants ne nous permet pas même de faire des conjectures à cet égard. Tout ce que nous pouvons dire, c'est que cette observation ressemble sous beaucoup de rapports à quelques faits d'anévrysmes variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure que nous avons consultés, et sur lesquels nous aurons occasion de revenir dans le cours de ce travail; mais elle établit jusqu'à nouvel ordre la possibilité d'un début brusque dans la maladie que nous étudions.

2° *OEdème de la face et de la moitié supérieure du corps.* — Sur dix-neuf observations que nous avons réunies, l'œdème de la face a été constaté quatorze fois, et encore sur les cinq autres observations quatre très incomplètes ne font pas mention de ce symptôme, et une fois seulement (1) on a noté qu'il n'existait aucun œdème ni à la face, ni au tronc; et comme le fait a été publié par un observateur recommandable, il n'est pas permis de douter de son authenticité. L'œdème de la face est donc un symptôme qu'on peut dire presque constant de l'oblitération de la veine cave supérieure. Il ne se développe pas de la même manière dans tous les cas; quelquefois il est assez léger au début et siége surtout à la partie inférieure de la face, mais il ne tarde pas à augmenter. Dans certains cas, il n'envahit d'abord qu'un seul côté et généralement c'est le côté droit, mais bientôt il s'étend au côté gauche. D'autres fois la face entière devient bouffie toute à la fois, l'œdème occupe les joues, les lèvres, les paupières; celles-ci sont généralement peu infiltrées au début, mais

(1) Tonnelé, *loc. cit.*

l'infiltration peut augmenter et nécessiter des mouchetures, comme cela est arrivé dans quelques cas. Le front et le cuir chevelu peuvent devenir eux-mêmes le siége de la suffusion séreuse; de façon que la face prend quelquefois la forme qu'elle a dans l'érysipèle, sauf la rougeur qui manque.

A une époque variable, mais généralement peu avancée, et quelquefois dès les premiers jours, l'œdème s'étend au cou, qui acquiert alors un volume considérable. Il arrive, dans quelques cas, jusqu'à la partie antérieure de la poitrine, envahit les seins, et ne s'arrête que vers la région ombilicale qu'il dépasse rarement; en arrière la nuque et la partie supérieure du dos sont assez souvent œdématiées. Les caractères de l'œdème ont offert d'assez grandes variations : trois fois on a noté un œdème dur, élastique, résistant et ne conservant pas l'impression du doigt, exactement comme on l'a remarqué dans la *phlegmatia alba dolens*. Dans les autres cas, l'œdème était mou, se laissait déprimer par le doigt dont il gardait l'empreinte; une fois l'œdème offrait un tremblotement comme gélatiniforme (1). Enfin, dans une de nos observations, nous avons trouvé autour du cou de véritables nodosités dures, résistantes, que l'autopsie nous a démontrées être de nature graisseuse, et qui avaient résisté à l'infiltration séreuse.

En général, l'œdème reste permanent jusqu'à la fin de la vie : nous avons pourtant recueilli deux faits dans lesquels l'œdème eut des alternatives de diminution et d'augmentation; dans l'un d'eux (voy. obs. II), il disparut complétement pendant huit jours pour revenir et persister. L'œdème peut diminuer aussi, comme cela est arrivé dans deux autres cas, sous l'influence d'émissions sanguines et de purgations réitérées; mais alors

(1) Marchal de Calvi, *Mém. sur la tubercul. ganglio-bronchiq.*, p. 3.

aussi la diminution a été tout à fait momentanée. Il est facile du reste de comprendre le mécanisme de ce phénomène. Dès que, par une cause quelconque, le retour du sang des parties supérieures du corps est rendu plus facile, soit par le développement de la circulation collatérale, soit par les effets d'une médication qui a diminué la masse du sang ou sa plasticité, l'œdème doit diminuer ou même disparaître. C'est sans doute ce qui est arrivé chez le sujet de la septième observation. La face était assez fortement bouffie ; quatre à cinq mois avant la mort, elle diminua graduellement de volume, et la bouffissure n'existait plus lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Il est probable, comme nous le verrons plus loin, que dans ce cas la circulation collatérale s'était suffisamment développée depuis le début de la maladie, pour suffire au retour du sang, et qu'il en était résulté la disparition de quelques-uns des symptômes de l'oblitération.

Les extrémités supérieures ont offert de l'œdème dans presque tous les cas où il en existait à la face. Il a été noté quinze fois, et s'il ne l'a pas été plus souvent, cela tient peut-être à l'inattention des observateurs ; car, sur les huit autres observations, une fois seulement on a constaté l'absence de ce symptôme ; dans les autres cas, il n'en est pas fait mention. Trois fois il a été borné à l'un des membres, et toujours alors au bras droit. Dans ces trois cas, l'infiltration reconnaissait pour cause l'obturation de la veine axillaire droite, tantôt par une tumeur tuberculeuse, tantôt par une tumeur cancéreuse ; une troisième fois enfin par une concrétion sanguine. Dans les huit autres observations, les deux bras étaient infiltrés, mais toujours à des degrés différents ; quatre fois l'œdème avait débuté par le bras droit ; celui-ci était devenu très volumineux, et ce n'est qu'à une époque avancée de la maladie que le bras gauche s'est gonflé à son tour, mais toujours alors le gonflement est

l'infiltration peut au ... Une seule fois
tures, comme cela ... par le bras gauche et
et le cuir chevelu ... sensible de ce côté que de
la suffusion sére ... ce que la veine sous-
quefois la forme ... au milieu d'une masse de
qui manque. ... dont elle avait subi la dégénéres-

A une épo
cée. et quel ... des cas, l'œdème envahit également
tend au co ... le tronc dans la partie thoracique,
Il arrive, ... Quatre fois il est resté borné au
de la poi ... l'une de nos observations il était plus mar-
région ... à droite. Dans les autres, l'infiltration
nuque ... la poitrine, s'arrêtait à la région ombilicale
œdém ... disparaissait pas brusquement, mais par gradation
gran ... en diminuant insensiblement.
élas
doi

En général, l'œdème commence par la face, s'étend ensuite au cou, pour atteindre plus tard seulement les extrémités supérieures. Nous n'avons trouvé que l'observation suivante où cet ordre ait été interverti, et où l'infiltration a commencé par les extrémités supérieures. Elle a été recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piédagnel, et nous a été communiquée par M. Goupil, interne distingué des hôpitaux.

VIe OBSERVATION. — *Tumeur cancéreuse du poumon droit comprimant la veine cave supérieure; œdème de la partie supérieure du tronc et des membres thoraciques seulement.*

Joseph (Roch), âgé de soixante-six ans, ouvrier en allumettes chimiques, entra le 25 mai 1852 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, 20.

C'est un homme de petite stature, pâle, à chairs flasques, d'une maigreur prononcée; il se plaint d'une toux qui le tourmente depuis longtemps, et d'un étouffement

.i accompagne cette toux. Il ajoute qu'il a la diarrhée depuis plus d'un mois. Ces renseignements sont à peu près les seuls qu'on puisse obtenir. A l'entrée du malade, on constate les phénomènes suivants : Les deux avant-bras sont le siége d'un œdème douloureux au toucher et surtout à la pression, la distension même déterminée par l'œdème est douloureuse. Le gonflement a débuté par les mains, il occupe le dos de la main, le poignet et l'avant-bras jusqu'au coude. Il est également marqué aux deux faces du membre, ce qui lui donne une forme tout à fait arrondie. Il conserve l'impression du doigt. La peau offre une coloration d'un blanc légèrement mat. Les vaisseaux de l'extrémité supérieure n'offrent aucune lésion appréciable, non plus que les ganglions du coude et de l'aisselle.

La partie inférieure du cou est également œdématiée; les tissus sont plus flasques qu'au bras, et le gonflement n'existe qu'à la demi-circonférence antérieure; les veines jugulaires et de la face n'offrent aucune trace de lésion.

La face n'est pas œdématiée, on ne trouve qu'une légère suffusion séreuse aux paupières supérieures et sur les parties latérales des joues. Le thorax, la partie inférieure du tronc et les extrémités inférieures n'offrent aucun œdème. Le malade semble dire que ses jambes ont été enflées, mais il ne s'explique pas très bien à cet égard (il est Allemand). La poitrine présente un peu la conformation des poitrines emphysémateuses. Il existe une saillie notable en avant et à gauche depuis la clavicule jusqu'à la cinquième côte. En arrière, les omoplates sont soulevées et saillantes. A la percussion, on trouve en avant et à gauche une sonorité exagérée presque tympanique : dans les autres points, elle est médiocre, excepté à droite et en avant où il existe une légère matité sous la clavicule. Cette matité augmente vers la partie inférieure jusqu'à la hauteur de la réunion du tiers moyen avec le

resté moins considérable qu'à droite. Une seule fois (voy. obs. II) l'œdème a débuté par le bras gauche et est resté beaucoup plus considérable de ce côté que de l'autre. Cette particularité tenait à ce que la veine sous-clavière gauche était englobée au milieu d'une masse de tumeurs cancéreuses dont elle avait subi la dégénérescence.

Dans la plupart des cas, l'œdème envahit également le cou (neuf fois) et le tronc dans la partie thoracique, en avant et en arrière. Quatre fois il est resté borné au cou, et dans l'une de nos observations il était plus marqué à gauche qu'à droite. Dans les autres, l'infiltration avait envahi la poitrine, s'arrêtait à la région ombilicale et ne disparaissait pas brusquement, mais par gradation et en diminuant insensiblement.

En général, l'œdème commence par la face, s'étend ensuite au cou, pour atteindre plus tard seulement les extrémités supérieures. Nous n'avons trouvé que l'observation suivante où cet ordre ait été interverti, et où l'infiltration a commencé par les extrémités supérieures.

Elle a été recueillie à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Piédagnel, et nous a été communiquée par M. Goupil, interne distingué des hôpitaux.

VIe OBSERVATION. — *Tumeur cancéreuse du poumon droit comprimant la veine cave supérieure ; œdème de la partie supérieure du tronc et des membres thoraciques seulement.*

Joseph (Roch), âgé de soixante-six ans, ouvrier en allumettes chimiques, entra le 25 mai 1852 à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte Madeleine, 20.

C'est un homme de petite stature, pâle, à chairs flasques, d'une maigreur prononcée ; il se plaint d'une toux qui le tourmente depuis longtemps, et d'un étouffement

qui accompagne cette toux. Il ajoute qu'il a la diarrhée depuis plus d'un mois. Ces renseignements sont à peu près les seuls qu'on puisse obtenir. A l'entrée du malade, on constate les phénomènes suivants : Les deux avant-bras sont le siége d'un œdème douloureux au toucher et surtout à la pression, la distension même déterminée par l'œdème est douloureuse. Le gonflement a débuté par les mains, il occupe le dos de la main, le poignet et l'avant-bras jusqu'au coude. Il est également marqué aux deux faces du membre, ce qui lui donne une forme tout à fait arrondie. Il conserve l'impression du doigt. La peau offre une coloration d'un blanc légèrement mat. Les vaisseaux de l'extrémité supérieure n'offrent aucune lésion appréciable, non plus que les ganglions du coude et de l'aisselle.

La partie inférieure du cou est également œdématiée ; les tissus sont plus flasques qu'au bras, et le gonflement n'existe qu'à la demi-circonférence antérieure ; les veines jugulaires et de la face n'offrent aucune trace de lésion.

La face n'est pas œdématiée, on ne trouve qu'une légère suffusion séreuse aux paupières supérieures et sur les parties latérales des joues. Le thorax, la partie inférieure du tronc et les extrémités inférieures n'offrent aucun œdème. Le malade semble dire que ses jambes ont été enflées, mais il ne s'explique pas très bien à cet égard (il est Allemand). La poitrine présente un peu la conformation des poitrines emphysémateuses. Il existe une saillie notable en avant et à gauche depuis la clavicule jusqu'à la cinquième côte. En arrière, les omoplates sont soulevées et saillantes. A la percussion, on trouve en avant et à gauche une sonorité exagérée presque tympanique : dans les autres points, elle est médiocre, excepté à droite et en avant où il existe une légère matité sous la clavicule. Cette matité augmente vers la partie inférieure jusqu'à la hauteur de la réunion du tiers moyen avec le

tiers inférieur du sternum. On peut circonscrire en dehors du sternum, à trois travers de doigt environ au-dessous de la clavicule, et limitée par une légère courbe qui irait tomber un peu en dedans du mamelon, une surface carrée de trois ou quatre travers de doigt, dans laquelle on obtient une matité complète qui se continue en dedans et en bas avec celle du cœur.

L'auscultation donne à gauche et en avant une respiration très faible : en arrière, il y a quelques râles sous-crépitants et sibilants; à droite, sous la clavicule, on trouve quelques gros râles muqueux. Plus bas, l'expansion pulmonaire s'efface peu à peu et disparaît complétement vers la quatrième côte en dedans du mamelon; en dehors, elle est médiocre comme en haut et mêlée de râles très humides. Le cœur est petit, à faible impulsion, sans bruits anormaux, sans irrégularité dans le rhythme. Le pouls est médiocre à 80 ou 90. La dyspnée est intense surtout le soir et la nuit, sans qu'il y ait précisément des accès. La toux est médiocrement fréquente, sans quintes; elle détermine une expectoration catarrhale muqueuse et filante, avec quelques crachats muco-purulents d'un blanc laiteux.

La région des reins n'est pas douloureuse, les urines sont rares, troubles, albumineuses. Le malade n'a jamais eu d'hématurie. Il y a de l'inappétence et du dégoût; la langue est large, saburrale; le ventre est légèrement ballonné : depuis un mois il y a de la diarrhée.

On prescrit : sol. gom., julep gommé, lavements laudanisés, une portion.

Le surlendemain de l'entrée du malade, l'œdème augmente, il s'étend au-dessus du coude, et envahit les parties inférieures de la face, les paupières et la région antéro-supérieure de la poitrine; les extrémités inférieures en sont exemptes; les urines sont de plus en plus rares, d'un rouge foncé, elles ont déposé une matière blan-

châtre floconneuse comme de l'albumine, mais plus dense.

La matité semble augmenter sous la clavicule, où l'on entend un souffle léger dans l'inspiration.

Le 2 juin, le malade est dans la prostration; l'œdème a envahi les bras, les épaules, le cou et toute la face; les extrémités, surtout les mains et la face, sont légèrement cyanosées. Il y a peu de toux et peu d'expectoration. Râles abondants à la partie postérieure du poumon. Le pouls bat de 100 à 110 fois.

Les phénomènes d'asphyxie augmentent, le malade perd sa connaissance et ne la recouvre pas avant sa mort, qui eut lieu le 5 juin, sans qu'il se soit manifesté rien de particulier et sans qu'il y ait eu de l'œdème des extrémités inférieures.

Autopsie. — L'œdème décrit pendant la vie à la face, au cou, aux membres supérieurs et à la potrine persiste après la mort.

A l'ouverture de la poitrine, on trouve dans le poumon droit, à la partie inférieure, antérieure et interne de son lobe supérieur, une tumeur arrondie du volume d'un œuf de poule, faisant partie par sa face externe du tissu pulmonaire, appuyée par sa face inférieure sur la bronche droite et sur son origine; par sa face interne sur la terminaison de la trachée. Elle donne en arrière, par sa face postérieure, dans le médiastin postérieur, et en avant, par sa face antérieure, derrière le sternum, soulevant et repoussant en avant et en dedans, dans une étendue de 4 à 5 centimètres environ, la veine cave supérieure qui traverse en diagonale, de bas en haut, la partie antérieure et interne de la tumeur.

La veine cave supérieure ainsi repoussée en avant et en dedans, est comprimée de manière à n'offrir, à partir de 2 centimètres environ de son insertion à l'oreillette, qu'un calibre à moitié moindre à peu près que celui

qu'elle présente ordinairement. Ce rétrécissement, commençant au point qui vient d'être indiqué, n'est pas tout d'abord à son maximum, il augmente peu à peu, et le calibre de la veine se rétrécit également en entonnoir jusqu'à 5 centimètres à peu près de l'origine du vaisseau, où il offre à peine le calibre d'une petite plume d'oie. Plus haut, au-dessus de la tumeur, la veine reprend son calibre normal et reçoit les veines qui la constituent. Le calibre de la veine n'est donc que rétréci, il n'y a pas oblitération complète, et dans ce point rétréci elle ne contient pas de caillots, la lumière du vaisseau est parfaitement conservée, les parois sont lisses et sans altération, à l'exception de la paroi externe, qui paraît amincie et ramollie, mais sans solution de continuité; elles sont comme plissées en long par la compression et offrent la même largeur que dans l'état normal, quand on ouvre la veine et qu'on l'étale : la veine est libre au milieu de la tumeur à laquelle elle n'adhère qu'en dedans.

L'insertion de la grande veine azygos, située au-dessous du point de compression, est parfaitement perméable; la tumeur est diffluente, blanchâtre et présente tous les caractères de l'encéphaloïde ramolli. Les couches extérieures, plus denses que les couches profondes, sont bien distinctes du tissu pulmonaire environnant. Ce tissu condensé, d'un rouge noirâtre, forme autour de la tumeur une couche de 1 centimètre environ : au delà le tissu pulmonaire est flasque, spumeux, s'infiltre d'une grande quantité de sérosité.

Il existe encore une autre masse cancéreuse du volume d'une grosse noix dans le même poumon; on en trouve sept ou huit de moindre volume dans le poumon droit : le cœur est petit, à parois minces, pâles, à orifices sains.

Il existe des masses encéphaloïdes dans le foie et dans es reins. Il y en a sept ou huit dans ce dernier organe à

différents degrés de ramollissement, et qui sont logées dans la substance corticale.

Rien dans l'observation que nous venons de rapporter ne nous explique pourquoi l'œdème a débuté par les extrémités supérieures et n'a envahi la face que peu de jours avant la mort. Il n'existait aucune trace d'oblitération du côté des veines axillaires et sous-clavières, et l'infiltration des bras et avant-bras ne reconnaissait aucune cause spéciale; et comme nous l'avons dit, rien n'a pu donner l'explication de cette anomalie. Notre observation présente encore une autre particularité tout aussi intéressante, car elle prouve qu'il n'est pas nécessaire que l'oblitération de la veine cave soit complète pour qu'il survienne tous les symptômes de la maladie. On a pu voir, en effet, que la veine cave était comprimée par la tumeur cancéreuse du poumon de façon à être réduite au volume d'une petite plume d'oie : elle ne contenait pas de caillots, et la lumière du vaisseau était parfaitement conservée; les parois, quoique plissées, étaient si peu altérées qu'on pouvait leur rendre leurs dimensions normales en les étalant; la circulation paraissait possible dans ce vaisseau, puisqu'on pouvait facilement y injecter un courant d'eau, et néanmoins il est survenu tous les accidents que l'on n'observe communément qu'à la suite de la suspension du cours du sang. Ici encore l'explication me manque, à moins qu'on ne veuille admettre qu'il existait pendant la vie un obstacle complet qui s'est déplacé après la mort. Mais c'est là une hypothèse qui n'a aucun fondement; du reste, il existe dans la science un autre fait du même genre. M. Reynaud (1) a vu chez un malade qui a succombé en offrant tous les signes de l'oblitération de la veine cave supé-

(1) Reynaud, *Obs.*, loco citato.

rieure, les parois de ce vaisseau rapprochées. Elles avaient contracté des adhérences au moyen de brides qui existaient dans la presque totalité de la veine, excepté dans un point où une sonde de femme pouvait pénétrer, et M. Reynaud s'est convaincu qu'un liquide pouvait encore refluer à travers la veine. Il semble donc démontré qu'il peut survenir tous les accidents fonctionnels de l'oblitération de la veine cave supérieure, lors même que cette oblitération est incomplète.

Les parties inférieures du corps sont rarement le siége d'œdème; elles contrastent même beaucoup par leur sécheresse avec le volume de la partie supérieure du corps. Trois fois seulement on a noté l'infiltration des extrémités inférieures; une fois elle est restée bornée au scrotum, et deux fois elle envahit les jambes et les cuisses; mais dans chacun de ces cas, il existait soit une maladie du cœur, soit un état cachectique qui permettaient de se rendre compte de la généralisation de l'hydropisie.

3° *Cyanose.* — La peau qui recouvrait les parties œdématiées a offert une coloration bien marquée et à peu près constante à la face, moindre et plus variée sur les autres points. Elle a été notée dans dix de nos observations. Quatre fois la peau offrait une couleur pâle ou livide sans autre indication; une fois elle était rosée, mais sous l'influence de la toux ou d'un accès de dyspnée, la coloration devenait plus foncée, bleuâtre. Enfin, dans les autres cas, on a constaté l'existence d'une cyanose bien caractérisée, la face avait une couleur violacée qui allait quelquefois jusqu'au bleu. Cette coloration était marquée surtout aux lèvres, sur les pommettes, aux ailes du nez; une fois les lèvres étaient le siége de véritables vergetures violacées: les conjonctives étaient fortement injectées et offraient une teinte sanguine prononcée.

Dans une de nos observations, la cyanose resta pen-

dant trente heures bornée au côté droit de la face et du cou ; au bout de ce temps, elle se répandit sur le côté gauche, et après deux mois, le cou et la face étaient violacés. La cyanose est en général l'indice d'un degré avancé de la maladie, car nous avons vu plusieurs fois chez nos malades apparaître d'abord une injection plus ou moins marquée, et plus tard seulement de la cyanose. Cette injection se remarquait surtout sur les muqueuses nasale et buccale qui offraient parfois la teinte violette. Deux fois les oreilles étaient tuméfiées et bleues. Cette coloration bleue et violacée a été observée également au cou et aux épaules. Nous avons trouvé deux fois à la partie antérieure de la poitrine et jusque sur les seins une éruption de taches lenticulaires rougeâtres de couleur scarlatineuse.

La cyanose accompagne habituellement l'œdème : à une seule exception près (voy. obs. V^e), nous avons trouvé ces deux symptômes coexistants ; elle ne disparaît pas même dans les moments de repos complet, mais elle augmente considérablement pendant les efforts, les accès de toux ou de suffocation. Alors la congestion de la face augmente, elle devient violacée, turgescente ; la coloration des lèvres et du pourtour du nez acquiert une teinte plus foncée ; les yeux sont très injectés, saillants, larmoyants, etc. En un mot, pour me servir de l'expression de l'auteur d'une de nos observations, on dirait qu'un lien a été fortement serré autour du cou.

Plus rarement on a noté l'existence de la teinte cyanosée aux mains et aux doigts. Elle n'a été signalée que quatre fois, et elle a toujours coïncidé avec une sensation de refroidissement très marquée que les malades éprouvaient aux extrémités supérieures. Ce dernier phénomène, qui n'a jamais été constaté par le thermomètre, n'a d'ailleurs été observé qu'à la fin de la vie.

4° *Dilatation des veines superficielles.* — Lorsque l'œdème de la partie supérieure du corps n'était pas trop considérable, il était facile de voir dans ces mêmes régions les veines sous-cutanées plus ou moins dilatées. Elles étaient caractérisées soit par leur coloration plus intense, soit par un relief plus marqué que dans l'état normal. Comme nous l'avons dit, toutes les veines superficielles de la moitié supérieure du tronc peuvent se dilater, et leur degré de dilatation est en rapport avec la durée de la maladie. Quel que soit le volume qu'elles acquièrent, elles ne s'accompagnent d'aucun changement de couleur à la peau; deux fois seulement elles étaient dessinées à la surface cutanée par des traînées rougeâtres de couleur assez claire, qui offraient quelque analogie avec ce qu'on observe dans certaines phlébites.

5° *Hémorrhagies.* — On pourrait croire que l'oblitération du tronc veineux principal de la partie supérieure du tronc, et les troubles de la circulation qui en résultent, doivent avoir pour conséquence de fréquentes hémorrhagies. Il n'en est pourtant pas ainsi, du moins nos observations n'en font-elles que très peu mention. Elles n'ont été notées que dans sept cas : trois fois il y eut des épistaxis fréquentes et abondantes, trois fois il y eut des hémoptysies indépendantes de tubercules pulmonaires, et dans un de ces cas il y avait eu, quatre ans avant l'apparition des accidents d'oblitération veineuse, des vomissements de sang revenus à plusieurs reprises et dont rien ne pouvait expliquer l'origine. Enfin, une fois seulement on a noté chez le même malade deux hémorrhagies cérébrales survenues à deux années d'intervalle (1).

(1) Bouillaud, *Archives de médecine*, 1824, t. V.

6° *Phénomènes cérébraux.* — Les symptômes qui ont été observés sont, dans six cas, de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements, des tintements d'oreilles, qui survenaient au moindre mouvement pendant les accès de dyspnée. Ces phénomènes acquéraient quelquefois et sans cause connue une grande intensité, et dans quatre cas on a constaté tous les accidents d'une congestion cérébrale assez intense, qui est revenue deux à trois fois chez le même malade.

Indépendamment de ces symptômes, le sommeil était souvent pénible, agité, interrompu par des réveils en sursaut; quelquefois il existait une insomnie complète : enfin, dans un cas on a remarqué une surdité assez prononcée; l'intelligence s'est conservée nette dans tous les cas; chez deux malades seulement il a existé une certaine confusion dans les idées.

Vers la fin de la vie, à ces symptômes se sont joints, un délire plus ou moins marqué, un état comateux profond, et une seule fois des mouvements convulsifs.

Ces symptômes nombreux se rattachent assez directement à l'oblitération de la veine cave supérieure : le cours du sang étant arrêté ou du moins très fortement empêché dans les vaisseaux de l'encéphale, il en doit résulter nécessairement du trouble dans les fonctions de cet organe, trouble d'autant plus marqué que la circulation est plus embarrassée. Il n'en est pas tout à fait ainsi pour les symptômes observés du côté des voies respiratoires et circulatoires. Ceux-ci, bien que devant être rattachés à la lésion veineuse, sont le plus ordinairement l'expression de la maladie qui a amené l'oblitération; aussi nous nous contenterons de les exposer assez brièvement.

Les symptômes du côté des *voies respiratoires* ont été notés dans neuf observations. La dyspnée a existé huit

fois, plus ou moins marquée, allant jusqu'à l'orthopnée, et obligeant parfois le malade à se tenir assis hors de son lit : trois fois à cette dyspnée se joignirent de véritables accès de suffocation pendant lesquels elle acquérait une intensité considérable et s'accompagnait d'une anxiété extrême. Une seule fois il n'a existé ni dyspnée, ni orthopnée. Indépendamment de ces symptômes, il y avait de la toux et de l'expectoration; la toux a été notée six fois, tantôt simple et facile, tantôt quinteuse et déchirante; l'expectoration était généralement formée de matière glaireuse, mélangée à du mucus puriforme : trois fois les crachats étaient sanglants. Dans un de ces cas, où les crachats provenaient d'un homme atteint d'un cancer intrathoracique, ils furent soumis à l'examen microscopique, mais on n'y trouva aucune trace de matière cancéreuse.

Les symptômes fournis par l'auscultation et la percussion de la poitrine ont été très variés; le plus souvent ils étaient en rapport avec la présence d'une tumeur cancéreuse, tuberculeuse ou autre dans la poitrine. Dans l'un des cas (voy. obs. I) où l'oblitération était due à une concrétion sanguine, on ne put découvrir chez le malade, malgré l'examen le plus attentif, que des symptômes négatifs : l'existence de tumeurs intrathoraciques était révélée par une matité plus ou moins circonscrite et correspondant à l'étendue de la tumeur, par du souffle bronchique, de la bronchophonie, et dans quelques cas par l'absence complète du bruit respiratoire dans toute l'étendue de la matité.

Deux fois seulement les malades ont accusé de la douleur, soit à la partie antérieure de la poitrine, soit entre les deux épaules. Enfin, dans trois cas, la voix était altérée.

Sous le rapport de leur importance, au point de vue

du diagnostic, on peut rapprocher de ces symptômes ceux qui ont été constatés du côté des *voies circulatoires*. Ceux-ci, en effet, n'ont guère été observés que dans les cas où il existait une maladie de ces organes. Néanmoins les palpitations ont été notées chez dix malades ; assez faibles chez quelques-uns, elles étaient très violentes chez d'autres, et s'accompagnaient d'une grande anxiété. Chez ceux de nos malades qui n'étaient pas atteints d'anévrysme de l'aorte, les signes d'une hypertrophie du cœur n'ont été constatés que deux fois ; mais dans aucun cas il n'y avait de bruit de souffle au cœur ou dans les vaisseaux ni de frémissement vibratoire.

Le pouls a offert d'assez grandes variations ; il n'a été noté que dans neuf observations ; sa quantité a varié de 80 à 120. Vers la fin de la vie, il a acquis dans trois cas une fréquence fébrile ; en général, il était régulier, calme, faible ou mou, inégal et intermittent dans les cas d'anévrysmes de l'aorte ; deux fois il manquait à l'une des radiales.

Les troubles des *voies digestives* ont généralement très peu attiré l'attention. On a trouvé de l'anorexie, de l'inappétence, rarement des nausées et des vomissements : tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée.

L'examen des *voies urinaires* n'a offert de remarquable que l'existence d'une albuminurie assez marquée dans quatre cas. Les urines étaient généralement assez épaisses, un peu troubles, et l'addition d'acide nitrique faisait naître un précipité assez abondant d'albumine. Deux fois, ce caractère disparut quelques jours avant la mort, et deux fois il persista sans qu'à l'autopsie rien ne fût venu révéler la présence d'une maladie de Bright caractérisée. Néanmoins il existait une congestion assez forte du côté des reins : l'existence de cette congestion, due sans doute à l'afflux d'une plus grande quantité de sang que dans l'état normal vers les vaisseaux abdomi-

naux, rend compte de l'albuminurie qu'on a observée dans ces deux cas, et assimile ce phénomène avec celui du même genre qu'on trouve dans quelques maladies du cœur.

ARTICLE III. — MARCHE, DURÉE, TERMINAISON.

La marche de la maladie a toujours été soutenue, tantôt lente, tantôt assez rapide. Nous avons vu que quelques symptômes pouvaient présenter une sorte d'intermittence, mais cela est rare ; le plus ordinairement ils s'aggravaient peu à peu, quelquefois très vite, et le malade ne tardait pas à succomber.

La durée de la maladie a été variable, quoique dans des limites assez étroites. Avant l'entrée à l'hôpital, il résulte des renseignements toujours assez peu précis que l'on a pu obtenir chez huit malades, que l'affection remontait deux fois à cinq mois, deux fois à trois mois, trois fois à un mois et une fois à un temps indéterminé. La durée du séjour de neuf malades à l'hôpital a été une fois de cinq mois, une fois de trente-cinq jours, quatre fois d'un mois, une fois de vingt et un jours, une fois de onze jours, et une fois de quatre jours.

La terminaison a eu lieu constamment par la mort. Dans le plus petit nombre des cas, la mort est venue lentement, à la suite d'amaigrissement et d'émaciation : elle a eu lieu de cette façon une seule fois ; une autre fois, elle arriva, dans un temps très court, par affaissement graduel. Deux fois la mort est venue subitement pendant que le malade parlait ou satisfaisait à un besoin, et dans un de ces cas on remarqua que la cyanose, qui était très évidente, disparut complétement après la mort. Une fois elle eut lieu à la suite d'un accès de suffocation, accompagné d'une extrême anxiété, et terminé par une syncope mortelle ; trois fois, enfin, il est survenu à la fin

de la vie du délire, de l'assoupissement, une fois des convulsions générales, et enfin du coma, auquel succédait la mort.

Je ne sais s'il a été donné à quelques médecins d'observer une terminaison favorable de l'oblitération de la veine cave supérieure. Je n'en ai trouvé aucun exemple dans les auteurs, et pourtant la chose ne serait pas impossible, si le plus souvent l'oblitération n'était due elle-même à l'action d'une maladie dont les conséquences sont mortelles. On peut admettre, en effet, que la plupart des accidents que j'ai signalés et qui tiennent tous à la difficulté que le sang éprouve pour revenir au cœur, que ces accidents peuvent diminuer, puis diparaître à la suite de l'établissement d'une circulation collatérale suffisante.

Cette circulation peut même, dans certains cas, se rétablir assez promptement, et s'il n'existait pas presque toujours des complications mortelles, rien n'empêcherait de croire que le sang ayant trouvé de nouvelles voies de retour, la plupart des accidents peuvent disparaître. J'ai eu occasion d'observer un fait où l'un des symptômes les plus constants (l'œdème de la face) disparut au bout de quelques semaines et ne se montra plus avant la mort du malade. Comme à l'autopsie on ne trouva rien qui pût expliquer ce phénomène insolite, et que d'ailleurs les veines collatérales étaient largement développées, je suis porté à penser que la disparition de la suffusion séreuse tenait à ce qu'il existait une circulation collatérale suffisante. Voici du reste cette observation curieuse que j'ai pu suivre avant et après la mort du malade. Les détails m'ont été fournis par mon excellent confrère, M. Woillez, qui a bien voulu aussi dessiner une planche pour montrer les rapports de la veine cave supérieure avec la tumeur intrathoracique.

VII° OBSERVATION. — *Oblitération complète de la veine cave supérieure par une tumeur encéphaloïde développée dans le médiastin antérieur; transformation de cette veine et de ses affluents en tissu cancéreux.*

Lombard, âgé de trente ans, facteur aux déménagements, fut admis le 30 août 1853, salle Sainte-Jeanne, n° 59 (Hôtel-Dieu), division de M. Louis, par suite de l'évacuation d'une des salles de M. Horteloup, dans laquelle le malade se trouvait depuis quatre mois et demi.

Cet homme est petit de taille, mais trapu et musculeux ; son intelligence est développée. Il est garçon, s'est toujours trouvé dans de bonnes conditions hygiéniques, et n'a jamais fait d'excès vénériens. Il buvait beaucoup, un ou deux petits verres d'eau-de-vie le matin et six à huit bouteilles de vin par jour ; mais il prétend que cette quantité de vin n'a jamais amené l'ivresse. Il a perdu son père très jeune, et sa mère il y a douze ans, à la suite d'un ictère prolongé.

D'une santé habituellement bonne, il affirme avoir éprouvé de l'âge de dix-huit à vingt-trois ans, d'abord toutes les nuits, puis à intervalles assez éloignés, des cauchemars avec réveils en sursaut très pénibles. Il n'avait pas alors de palpitations. Pendant les six mois qui ont précédé la maladie, il était plus irritable, il éprouvait du malaise. Enfin, six semaines avant le début, il portait une charge de 250 kilogrammes, lorsqu'il fut pris d'un éblouissement avec quelques phénomènes de congestion cérébrale et expectora quelques crachats intimement mélangés de sang bien coloré.

La maladie débuta au mois de janvier précédent par de la dyspnée. Celle-ci a depuis lors toujours été en augmentant sans aucune cessation, même momentanée. Quoique le malade ait encore continué à travailler pen-

dant trois mois, les efforts devenaient de plus en plus pénibles et s'accompagnaient de palpitations. Alors la face s'injectait, la dyspnée devenait plus forte et souvent il y avait des vertiges. La face, habituellement pâle avant la maladie, se colora de plus en plus et devint bouffie : les fonctions digestives étaient dans un état complet d'intégrité, mais le sommeil était nul. Dès les premiers jours d'avril, le travail devint à peu près impossible, le moindre effort, même la toux, produisait une congestion bleuâtre de la face avec turgescence, palpitations et vertiges. Il était survenu depuis quelques semaines un peu de toux avec expectoration muqueuse. Il entra à l'hôpital le 15 avril.

Pendant les quatre mois et demi qu'il passa dans le service de M. Horteloup, la situation du malade ne changea point, seulement dans les dernières semaines il ressentit pour la première fois des douleurs thoraciques à la partie antérieure droite, et il survint une expectoration sanguinolente. Depuis le mois d'avril il a été saigné six ou sept fois du bras, ce qui l'a toujours soulagé. Il a eu de plus des ventouses, et quarante sangsues à l'anus en deux fois ; il a pris de la tisane de chiendent nitré, et à deux reprises de l'iodure de potassium jusqu'à 2gr,50 par jour.

État actuel (1er septembre).— Décubitus presque assis et incliné vers le côté gauche, le malade ne pouvant se coucher ni sur le dos, ni sur le côté droit ; il ne peut non plus pencher sa tête en arrière sans éprouver un sentiment de suffocation ; il passe ses journées levé ou assis auprès de son lit.

Ce qui frappe au premier aspect, outre la dyspnée, c'est la turgescence d'un rouge sombre, légèrement violacée aux oreilles et aux lèvres, qui occupe la tête, le cou et la partie supérieure de la poitrine. Cette turgescence, prononcée surtout au cou, existe sans aucun œdème,

mais s'accompagne du relief de toutes les veines superficielles, dans les mêmes parties et sur toute l'étendue des deux membres supérieurs, où elle persiste même pendant leur élévation, et où il semble qu'une ligature serrée a été appliquée à chaque bras. Ces veines sont rénitentes et élastiques sous la pression, de même que celles du front et du cou (jugulaires externes). Il existe en outre, sous chaque clavicule, deux lacis veineux de la grandeur d'une pièce de cinq francs très marqués.

L'abdomen et les membres inférieurs ont leur aspect et volume normaux. Il n'existe pas de fourmillements ni de refroidissement dans les membres même supérieurs. Céphalalgie fréquente, idées très nettes, mémoire excellente; vertiges passagers, surtout au lit; yeux injectés, vue double au moment des vertiges; ouïe bonne, parfois troublée par des tintements d'oreilles, qui sont marqués surtout quand il y a congestion plus forte vers la tête; jamais d'épistaxis, sensibilité cutanée intacte.

Il existe quelquefois des palpitations passagères surtout pendant la toux; le pouls est à 120, peu développé, mais régulier; la chaleur de la peau est normale; la respiration à 26 est très haute, peu diaphragmatique et met en jeu tous les muscles élévateurs des côtes supérieures; la dyspnée est continue, elle augmente par une toux très pénible qui est accompagnée de vertiges et de palpitations, et suivie depuis environ quinze jours de l'expectoration de quelques crachats sanguinolents d'un rouge sombre, opaques et adhérents au crachoir. Le microscope n'a montré dans ces crachats aucun élément hétéromorphe, on n'y a trouvé que des granules moléculaires, des globules sanguins, des lamelles épithéliales, des globules graisseux, de la xanthose et du pigment. Il existe depuis plusieurs semaines à la partie antérieure droite de la poitrine, une douleur spontanée presque

constante, non lancinante et sans foyers douloureux à la pression.

La poitrine est bien conformée. Examinée par la percussion, on trouve une matité sans élasticité dans presque toute la partie antérieure de la poitrine, et ailleurs le son est tympanique, surtout en arrière : la matité occupe toute la région sternale et s'étend sur les côtés, à droite, au niveau du grand pectoral, à gauche, dans une étendue analogue, mais à limites moins précises et se prolongeant jusqu'au niveau de la pointe du cœur, qui bat à quatre travers de doigt en bas et en dehors du mamelon gauche.

A l'auscultation, on trouve, du côté droit et en avant, inspiration à peu près nulle avec expiration bronchique très prolongée, sans aucun râle. Bronchophonie dans toute la hauteur, légère au sommet. En arrière et en dehors du même côté, la respiration est bronchique, au sommet et ailleurs forte et superficielle avec expiration prolongée et sans râles. Du côté gauche, et en avant, la respiration est faible en dehors, à partir du mamelon et au sommet; en arrière la respiration est forte avec expiration prolongée. Il y a de la bronchophonie au sommet et quelques bulles de râles à la base.

L'application de la main perçoit un frémissement en arrière des deux côtés, quand le malade parle; il est à peu près nul au niveau de la matité antérieure.

Les fonctions digestives sont régulières; il y a un peu d'anorexie; amaigrissement peu prononcé.

Du 2 au 10 septembre, l'état du malade paraît d'abord s'améliorer un peu les premiers jours, le malade dort à l'aide d'une pilule d'opium; mais bientôt il y a une aggravation rapide : la dyspnée plus prononcée amène des réveils en sursaut avec sentiment de suffocation, ou produit une insomnie complète pendant laquelle le malade est obligé de rester assis sur une chaise. Pour la première fois, il survient un léger œdème aux membres

inférieurs, ainsi qu'aux paupières. Les crachats restent les mêmes, excepté pendant trois jours, où la coloration sanguine est moins générale. Le râle sous-crépitant en arrière disparaît, et le siége de la respiration bronchique varie. Étendue le 1er septembre à tout le côté antérieur droit, elle se limita le 2 sous la clavicule, pour ensuite disparaître dès le 3 et être enfin remplacée par un bruit respiratoire douteux, tant il est faible; mais en même temps la respiration devenait bronchique en arrière, du même côté, plus marquée au sommet qu'à la base. Ces phénomènes persistèrent jusqu'à la mort, qui survint inopinément le 10, à cinq heures du matin. L'intelligence était restée constamment intacte.

Le traitement employé fut : trois saignées de 120 à 300 grammes, de l'eau de Vichy, une tisane de chiendent avec acétate de potasse; une potion avec l'iodure de potassium de 0,50 à 1 gramme; une pilule d'opium le soir, et pour aliments on donna tous les jours deux bouillons et deux potages.

Autopsie vingt-sept heures après la mort.

État extérieur. — La turgescence et la coloration de la partie supérieure du corps sont moins prononcées que pendant la vie; les veines sous-cutanées ne sont pas saillantes; l'œdème des membres inférieurs est très peu prononcé.

Tête. — Les téguments du crâne sont gorgés de sang veineux, ainsi que le cerveau et ses dépendances, sans aucune autre lésion notable.

Cou. — Les veines du cou sont très dilatées, elles ne purent être incisées, parce que le cadavre fut enlevé trop vite.

Poitrine. — Les résultats de la percussion sont les mêmes que pendant la vie. L'incision de la peau du

thorax, surtout au voisinage des clavicules, laisse écouler une grande quantité de sang noir. Les organes thoraciques, mis à découvert, présentent la disposition suivante : au centre, une énorme tumeur occupe le médiastin, refoule les poumons de chaque côté et le cœur en bas. A partir du sommet de la poitrine, elle est directement en rapport en avant avec le sternum et les parois thoraciques voisines, auxquelles elle adhère par un tissu cellulaire lâche, et en arrière avec la trachée et les deux bronches principales, l'aorte descendante, l'œsophage et les nerfs pneumogastriques. Les vaisseaux pulmonaires, ainsi que le cœur, sont libres et sont accolés à la tumeur en arrière et en bas, mais la crosse de l'aorte et sa partie ascendante, les troncs artériels, ainsi que la veine cave supérieure et ses affluents, sont englobés dans la tumeur (1).

Cette tumeur, qui occupe ainsi la partie supérieure du médiastin antérieur, a 21 centimètres de hauteur et 18 de largeur; sa forme est grossièrement globuleuse et légèrement bosselée; sa couleur, d'un blanc jaunâtre, et sa consistance ferme, sauf une certaine mollesse élastique en quelques points; son poids est de 2,600 grammes. Elle ne crie pas sous le scalpel et présente à la coupe une trame fibreuse largement cloisonnée, en rapport avec du tissu encéphaloïde plus ou moins ramolli. Ce dernier, d'un blanc jaunâtre, est comme imbibé d'un suc laiteux émulsionnant l'eau, il est composé presque uniquement au microscope de cellules cancéreuses de 0,002 au plus de diamètre. Au centre de la tumeur, on trouve une infiltration sanguine assez étendue, et çà et là à sa surface de la suffusion sanguine.

Le cœur, couché sur le diaphragme par sa face postérieure pendant la vie, est parfaitement sain et entière-

(1) Voyez la planche et son explication à la fin du Mémoire.

ment libre dans le péricarde qui se trouve accolé supérieurement à la tumeur, sans autre altération. Sa cavité renferme environ 50 grammes de sérosité. Le volume du cœur est normal ; les orifices et valvules sont sains ; la crosse de l'aorte et sa partie ascendante passent saines et intactes au milieu de la tumeur ; leur calibre n'est pas diminué. Il en est de même des troncs brachio-céphaliques, qui ne sont entourés par la tumeur qu'à leur origine. Les nerfs récurrents sont sains ; l'oreillette droite étant ouverte en dehors, le doigt est introduit dans la veine cave supérieure et sent presque aussitôt un obstacle. Une sonde cannelée, introduite et arrêtée de même, permet de faire une large incision de dehors en dedans et comprenant la partie droite de la tumeur et le poumon correspondant qui la recouvre. On constate alors les particularités suivantes : l'orifice auriculo-ventriculaire droit a 11 centimètres de large ; l'origine de la veine cave supérieure étalée a 5 centimètres, mais après un trajet de 2 centimètres, elle n'en a plus que 4 de développement, et plus avant elle est entièrement confondue avec la tumeur, en sorte que sa membrane interne, saine à son origine, comme celle de l'oreillette, s'amincit rapidement en pénétrant dans la tumeur, puis cesse complétement. Il n'y a pas la moindre trace de la terminaison de la grande veine azygos, ni du tronc veineux brachio-céphalique droit, qui ont subi la même transformation. A gauche et en avant de la trachée, le tronc veineux brachio-céphalique gauche pénètre verticalement à 3 centimètres de profondeur dans la tumeur, pour se diriger ensuite à droite vers la veine cave supérieure, après avoir reçu un tronçon veineux qui semble se fondre dans le tissu encéphaloïde : le tronc principal, qui présente 12 millimètres de développement, n'atteint pas la partie que devrait occuper la veine cave supérieure et s'effile en se perdant aussi dans la tumeur, après un trajet d'en-

viron 5 centimètres ; le ventricule et l'oreillette droits sont du reste très sains ; les poumons droit et gauche sont refoulés en dehors et en arrière par la tumeur, à laquelle ils adhèrent en quelques points par des filaments celluleux ; le poumon droit, surtout dans ses lobes supérieurs, est tout à fait aplati et privé d'air. En arrière et à la base, il existe une congestion sanguine assez marquée ; le lobe inférieur du poumon droit est confondu avec la tumeur, et paraît avoir subi la transformation cancéreuse ; on ne le reconnaît plus, dans une étendue de 4 à 5 centimètres, qu'à l'aspect fongueux et rougeâtre de la plèvre ; les bronches du côté droit contiennent, ainsi que la trachée artère, un mucus sanguinolent d'un rouge brunâtre semblable à celui des crachats expectorés pendant la vie, et qui paraît provenir de la partie altérée.

Les organes abdominaux sont sains et ne présentent pas de traces de tumeurs encéphaloïdes.

Il est certain que dans l'observation que je viens de transcrire, l'oblitération était complète, qu'elle remontait déjà à plusieurs mois, et pourtant il a manqué, presque complétement, un des principaux symptômes, le plus caractéristique, l'œdème de la face. On ne l'a observé, en effet, qu'au début de la maladie sous la forme d'une bouffissure assez prononcée. Mais pendant le séjour du malade à l'hôpital, cette bouffissure même n'existait plus, et elle n'a pas reparu jusqu'à la mort. Ainsi l'œdème qui existait déjà au début, à un assez faible degré, a disparu dans les quatre ou cinq derniers mois de la vie pour faire place à une turgescence violacée très intense de la face. Ce phénomème ne s'est rencontré dans aucune des observations que j'ai réunies ; dans toutes, l'œdème, symptôme initial, a persisté invariablement jusqu'à la mort. D'où vient que ce dernier fait présente une si remarquable exception ? Il m'a paru que l'existence d'une circulation

collatérale très complète en donnait une explication satisfaisante. En effet, l'oblitération était due dans ce cas à l'action d'une énorme tumeur cancéreuse du médiastin qui avait complétement détruit la veine cave supérieure. Cette tumeur, qui s'est développée peu à peu, n'a dû d'abord que légèrement comprimer ce vaisseau; en augmentant de volume, elle a graduellement effacé sa lumière. Cette lenteur dans la marche de la compression a permis qu'il s'établît de bonne heure une circulation collatérale; celle-ci s'est développée à mesure que la compression de la veine augmentait, et elle était tout à fait constituée lorsque l'oblitération devint définitive. Grâce à cette nouvelle circulation, le sang de la partie supérieure du corps pouvait facilement arriver jusqu'au cœur. La stase séreuse de la face n'avait donc plus de raison d'être et a pu disparaître. S'il est resté une turgescence violacée de la face, cela a tenu sans doute et à la dilatation des vaisseaux capillaires et à la lenteur avec laquelle le sang les parcourait. Je sais bien que cette explication peut être contestée, mais elle paraîtra très vraisemblable, si l'on veut se souvenir que les veines de la face, du cou et de la poitrine étaient énormément dilatées, et que cette extrême dilatation, qui est le résultat d'une oblitération veineuse déjà ancienne, est également l'indice d'une circulation assez active. Il est regrettable qu'on n'ait pu faire l'examen complet du système veineux, mais, le cadavre devant être enterré, cela ne nous a pas été permis.

ARTICLE IV. — DIAGNOSTIC.

1° *Diagnostic de la maladie.* — Lorsque la maladie se présente à l'observateur avec les caractères que je viens de décrire, il est difficile de la méconnaître. Il n'existe en effet dans le cadre nosologique aucune affection qui

offre la réunion des symptômes que j'ai énumérés et dont voici un résumé succinct : œdème de la face s'étendant à la partie supérieure du tronc et aux bras, et s'arrêtant à la région ombilicale ; teinte cyanosée de ces mêmes parties ainsi que des muqueuses buccale et oculaire. Dilatation des veines de la face, du cou, de la poitrine, des membres supérieurs et quelquefois de l'abdomen. Tendance considérable aux congestions et aux hémorrhagies dans la partie supérieure du corps. Épanchements séreux dans les cavités pleurales et péricardiques, etc. — Un tel ensemble de symptômes à peu près constant ne se rencontre que dans les cas d'oblitération de la veine cave supérieure, et peut être regardé comme caractéristique de la maladie. Il est néanmoins certaines circonstances où les symptômes se présentent sous une apparence telle, qu'il est souvent fort difficile de savoir à quoi s'en tenir.

a. Ainsi, il se peut, comme cela est arrivé chez un de mes malades (obs. VII), que l'œdème de la face ait disparu et qu'il ne reste plus que la teinte violacée, bleuâtre, avec turgescence, l'injection des yeux, la coloration des muqueuses, de la dyspnée, une matité plus ou moins considérable dans la cavité thoracique, etc. Il est certain que l'on confondra facilement un cas de ce genre avec les faits de *Cyanose* dépendant d'une maladie du cœur ou des gros vaisseaux. Le doute ne pourra être dissipé que par la connaissance exacte des antécédents, c'est-à-dire quand on apprendra qu'il a existé précédemment un gonflement de la face, et que ce gonflement a disparu ; quand on se sera convaincu qu'il n'existe aucune maladie du cœur, et que la matité trouvée dans la poitrine est due à un épanchement ou à la présence d'une tumeur intra-thoracique ; et surtout quand on aura constaté l'existence d'une circulation collatérale, c'est-à-dire la dilatation des veines sous-cutanées, des jugu-

laires, etc., dilatation qui a été trouvée dans tous les cas où on l'a cherchée.

b. Il pourra se présenter une autre circonstance où l'on sera porté à attribuer les phénomènes observés à une *maladie de Bright*. Je veux parler de ces cas rares, il est vrai, où la teinte cyanosée n'existe pas, où l'œdème de la face et des extrémités supérieures est de date récente, et offre une teinte pâle, blafarde, un certain tremblotement; où les urines sont albumineuses, et où les veines n'ont pas encore acquis une dilatation bien marquée. Dans ces circonstances, il sera souvent très difficile de se prononcer, à moins que l'on ne trouve dans l'examen de la poitrine des signes évidents d'anévrysme de l'aorte ou de tumeur intra-thoracique qui puissent faire soupçonner l'existence d'une compression de la veine cave supérieure. Le diagnostic ne pourra être élucidé que par la marche ultérieure de la maladie. En effet, dans l'oblitération de la veine cave, l'œdème restera permanent à la face et à la partie supérieure du corps, et ne s'étendra pas aux extrémités inférieures s'il n'existe pas de complication; les parties œdématiées prendront plus ou moins prochainement une teinte cyanosée; tandis que dans la maladie de Bright, l'œdème ne reste jamais localisé à la face et à la partie supérieure du corps, qu'il envahit rapidement le tronc et les extrémités inférieures par lesquelles même il débute assez habituellement, et que jamais cet œdème ne prend la teinte cyanosée. A une époque plus avancée, on trouvera la dilatation des veines sous-cutanées, de la partie supérieure du corps, ce qui ne se rencontre pas dans la maladie de Bright. Enfin, l'urine, qui peut être albumineuse dans les oblitérations de la veine cave supérieure, ne conserve pas toujours ce caractère, et l'on voit l'albumine disparaître à une époque plus ou moins avancée. Or, le contraire arrive dans la maladie granu-

leuse des reins, où l'albumine va toujours en augmentant de quantité. Il est vrai que j'ai parlé de deux faits où l'on trouva de l'albumine dans les urines jusqu'à la fin de la vie; mais dans ces deux faits il existait peut-être une maladie de Bright, et puis, en tous cas, il ne pouvait y avoir aucun doute sur l'oblitération de la veine cave, dont les caractères étaient très prononcés.

c. Enfin, il existe un autre maladie fort rare à la vérité, mais qui offre la plupart des symptômes de l'oblitération de la veine cave supérieure, à un tel degré, qu'il est souvent fort difficile de les distinguer ; je veux parler de l'anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure. On ne trouve dans la science qu'un très petit nombre d'observations de cette affection, trois je crois (1); une quatrième, que j'ai pu observer moi-même en 1851, à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Louis. C'est donc seulement sur quatre faits que je chercherai à baser les caractères différentiels des deux maladies.

1° Dans l'anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave supérieure, le début est brusque; les premiers symptômes apparaissent quelquefois à la suite d'un accès de toux, d'un violent effort; dans d'autres cas, ils surviennent spontanément et sans qu'il ait existé auparavant autre chose que de la toux, de la dyspnée, des palpitations. Dans les oblitérations de la veine cave, au contraire, le début est assez lent; je n'ai trouvé à signaler qu'un seul exemple de début brusque, et encore celui-ci est-il assez dépourvu de détails pour qu'il soit impossible de dire s'il y avait une oblitération veineuse ou un anévrysme variqueux de l'aorte et de la veine cave.

2° L'œdème apparaît rapidement dans l'anévrysme variqueux, envahit la face et la partie supérieure du tronc, et devient très considérable. La teinte cyanosée se prononce

(1) Cossy, *Archiv. de méd.*, 4e sér., t. IX, p. 33. — Thurnam, in *Medic.-chir. Transact. London*, 1840, t. XXIII.

très vite à la peau et sur les muqueuses. Il y a une tendance très marquée aux accidents cérébraux, céphalalgie, vertiges, congestions, etc. Tous ces symptômes existent également dans l'oblitération, mais à un moindre degré; l'œdème est moins considérable, la cyanose est rarement aussi marquée, la tendance aux accidents cérébraux moins prononcée. Il en est de même de la dilatation des veines sous-cutanées de la partie supérieure du corps, qui apparaît assez vite et qui devient très considérable dans un espace de temps beaucoup plus court que dans l'oblitération simple.

3° Enfin, la marche de l'anévrysme variqueux est très rapide, il s'est terminé par la mort, en trois, sept et dix jours, tandis que dans les oblitérations la durée a été beaucoup plus longue (onze jours à cinq mois).

4° Jusqu'ici, à part les quelques différences que j'ai signalées et qui toutes se rapportent à la marche de la maladie et à une plus ou moins grande intensité dans les accidents, on voit qu'il existe entre les deux maladies, sous le rapport des symptômes, une très grande ressemblance. Il serait même quelquefois impossible de les distinguer, si l'examen de la poitrine ne faisait reconnaître une maladie des organes de la circulation avec quelques caractères spéciaux, qui paraissent tenir particulièrement à l'anévrysme artérioso-veineux. On a constaté, en effet, à l'examen de la région précordiale, l'existence d'un bruit de souffle très intense au premier temps, et quelquefois au second temps, ayant son maximum à la partie supérieure du bord droit du sternum et se prolongeant le long de cet os. Ce bruit de souffle était accompagné d'un bruissement et d'un frémissement vibratoire très marqué, entendu dans la région du cou jusqu'à la mâchoire inférieure, et coïncidant avec la diastole artérielle.

L'existence de ce bruit de souffle, accompagné de

frémissement le long du cou, a servi deux fois à reconnaître la nature de la maladie.

2° *Diagnostic de la cause de l'oblitération.* — S'il est possible, jusqu'à un certain point, de distinguer l'oblitération de la veine cave supérieure des maladies qui offrent des symptômes semblables, il n'en est pas de même quand il s'agit de rechercher la cause de l'oblitération. Ici la difficulté se complique de toutes les obscurités qui entourent le diagnostic des tumeurs intrathoraciques. Le plus souvent il faudra, dans cette recherche, procéder par voie d'élimination, quelquefois par conjectures, et encore ne sera-t-il pas toujours possible d'éviter l'erreur. C'est ici l'occasion de rappeler celle qui a été commise chez la femme qui fait le sujet de la première observation. L'oblitération de la veine cave avait été reconnue, mais il s'agissait d'en déterminer la cause. Après avoir examiné et discuté celles qu'on trouve le plus habituellement, M. Grisolle, qui faisait alors le service de la clinique médicale en remplacement du professeur Fouquier, dans une leçon fort remarquable, s'arrêta à l'idée d'un anévrysme de l'aorte, opinion que je partageai moi-même. Elle était fondée sur ce qu'il n'est pas très rare d'observer la compression de la veine cave par un anévrysme de l'aorte; mais ce qui, surtout, nous arrêta à ce diagnostic, c'est qu'il existait à la partie supérieure du sternum une matité assez étendue, communiquant avec la matité habituelle de la région précordiale, et qui nous semblait devoir être attribuée à une tumeur anévrysmale. A l'autopsie, on reconnut que cette matité était due à un amas de tissu adipeux qui occupait la place du thymus. L'oblitération de la veine était due à une phlébite.

On trouve des difficultés du même ordre à établir d'une manière précise les caractères différentiels des

nombreuses causes de l'oblitération de la veine cave supérieure. La plupart d'entre elles n'ont été reconnues qu'à l'autopsie, et nous avons pu voir dans les observations que nous avons exposées, qu'il était difficile qu'il en fût autrement. Il est néanmoins un certain nombre de signes qui, lorsqu'on les rencontre, peuvent servir de point de repère et amener ainsi à un diagnostic assez exact.

Les oblitérations dues à la présence de *tumeurs intrathoraciques* offraient, outre les signes habituels de l'oblitération, 1° une dyspnée très considérable, avec orthopnée et accès de suffocation quand le malade voulait se coucher sur l'un des côtés du corps; 2° une matité complète de l'un des côtés de la poitrine, avec vibration des parois; 3° une respiration bronchique soufflante dans toute l'étendue de la matité, et aux limites de celle-ci une respiration faible, avec expiration prolongée. Il y avait également de la bronchophonie et une fois de l'égophonie à la base (obs. II). Dans l'observation recueillie dans le service de M. Piedagnel (obs. VI, cancer du poumon), au lieu de souffle bronchique, dans toute l'étendue de la matité, la respiration était nulle, seulement, vers les limites, il y avait quelques râles. Ces symptômes n'ont été rencontrés que dans les cas de tumeurs intra-thoraciques; ils auront donc par eux-mêmes une grande valeur, qui augmentera encore si, comme il est arrivé dans l'observation II, il existe dans la région cervicale et claviculaire des tumeurs de mauvaise nature, qui paraissent s'étendre jusque dans l'intérieur de la poitrine. Je joindrai à ces signes, comme un élément précieux de diagnostic, l'existence de la cachexie cancéreuse.

Dans les observations de *compression de la veine cave par un anévrysme de l'aorte*, j'ai trouvé comme signes particuliers : 1° une dyspnée extrême, avec sentiment

d'anxiété insupportable ; 2° une voussure à la partie supérieure du sternum, avec matité plus ou moins étendue ; 3° dans la même région un double battement indépendant et distinct de celui du cœur : une fois on trouvait à l'auscultation un bruit sourd et des battements à peine sensibles, isochrones à ceux du pouls ; 4° dans un cas (obs. de M. Reynaud) il existait une tumeur pulsatile vers le haut du sternum ; et dans un autre (obs. de M. Martin Solon) l'artère sous-clavière gauche était très dilatée et offrait à l'auscultation un bruit de soufflet manifeste ; 5° enfin, le pouls a été souvent inégal, irrégulier, sensible seulement à l'une des radiales. Ces différents signes n'ont pas permis de méconnaître l'existence d'un anévrysme de l'aorte.

ARTICLE V. — ÉTIOLOGIE.

Je n'ai recueilli sur ce point que des notions tout à fait insuffisantes. Le plus ordinairement les auteurs des observations ne parlent pas des causes, ou bien ils en traitent d'une manière incomplète. Il en résulte que je n'ai trouvé quelques données que pour l'âge et le sexe des malades.

Age. — L'oblitération de la veine cave supérieure n'a presque jamais été observée que chez les adultes ; néanmoins on doit la rencontrer chez les enfants, puisque MM. Barthez et Rilliet (1) considèrent l'œdème de la face comme l'un des symptômes de la tuberculisation des ganglions bronchiques. Du reste, nous avons trouvé nous-même une observation recueillie chez un enfant de deux ans (voy. obs. de M. Tonnelé) ; à l'exception de ce fait, tous les autres se rapportent à des adultes. L'âge a été noté treize fois : dans six observations, les malades

(1) *Traité des maladies des enfants*, t. III, p. 483.

étaient âgés de trente à cinquante ans ; et dans six observations, de cinquante à soixante-cinq.

Les détails d'anatomie pathologique dans lesquels je suis entré font comprendre facilement que la maladie dont il est question appartient plus spécialement à l'âge adulte. C'est en effet à cette époque de la vie que se développent les cancers, les anévrysmes, etc., qui figurent parmi les causes pathologiques les plus fréquentes des oblitérations de la veine cave supérieure.

Le *sexe* a été noté dans quinze cas, et a offert un chiffre à peu près égal dans les deux sexes ; il y avait 7 femmes et 8 hommes.

Les *professions*, qui ont été signalées douze fois, ont été très diverses. Il y a eu 2 cuisiniers, 1 ouvrier en allumettes chimiques, 1 négociant, 1 cocher, 1 ancien officier, 1 garçon de recettes, etc.

Quant aux causes *pathologiques*, qui sont en réalité les seules importantes à connaître, je ne m'y arrêterai pas, puisque j'en ai longuement traité dans l'article consacré à l'anatomie pathologique.

ARTICLE VI. — PRONOSTIC ET TRAITEMENT.

Mon travail pourrait se terminer ici, car je n'ai presque rien à ajouter sur le pronostic et le traitement. Comme je l'ai déjà dit, toutes les observations que j'ai recueillies ou consultées se sont terminées par la mort ; elles n'ont différé que par le plus ou le moins de rapidité de la terminaison fatale. Il est certain que dans la plupart des cas, il n'en peut être autrement, puisque l'oblitération de la veine supérieure est due le plus souvent à des causes qui, par elles-mêmes, entraînent la mort. Mais il ne me répugne pas d'admettre que lorsque l'oblitération est due à une concrétion sanguine, la guérison soit possible. Cela me paraît dépendre surtout de l'établissement

prompt d'une circulation collatérale suffisante. Si celle-ci, en effet, arrivait assez rapidement à suppléer le tronc principal oblitéré, les accidents qui sont principalement dus à la stase sanguine pourraient disparaître et la guérison s'établir. Mais ceci n'est qu'une hypothèse qui n'est appuyée sur aucun fait; seulement elle me semble rendue vraisemblable par ce que nous avons vu dans la VII[e] observation. Quoi qu'il en soit, le pronostic des oblitérations de la veine cave supérieure est toujours excessivement grave, puisqu'il n'existe aucun fait de guérison de cette maladie; seulement quelques complications survenant du côté de l'encéphale ou des organes thoraciques rendront la mort plus rapide.

Le traitement ne peut guère être que palliatif, puisque les causes de la maladie, sont le plus souvent au-dessus des ressources de l'art. Les émissions sanguines générales et les purgatifs sont les médications qui ont semblé amener le plus de soulagement, elles agissaient tantôt en diminuant le volume de l'œdème de la partie supérieure du tronc, tantôt en faisant disparaître momentanément la teinte cyanosée. Mais on a trouvé quelques inconvénients à saigner aux bras œdématiés : la piqûre ne se refermait pas facilement et a été le point de départ de quelques accidents. — Divers autres médicaments ont été employés : les mercuriaux, l'iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur, les diurétiques, etc. Mais je n'ai pas vu qu'il en soit résulté aucune modification dans la marche de la maladie.

EXPLICATION DE LA PLANCHE

(*Réduction d'un tiers*).

Tumeur encéphaloïde du médiastin, incisée dans sa moitié droite. L'incision est faite perpendiculairement, de dedans en dehors, au niveau de l'oreillette droite et de la veine cave supérieure ; celles-ci sont ouvertes et étalées par l'écartement des surfaces incisées de la tumeur. Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont compris dans l'incision.

1, 1. — Tumeur à trame fibreuse et cloisonnée, montrant vers le centre une infiltration sanguine assez étendue.

2. — Cœur vu par sa face postérieure.

3. — Intérieur de l'oreillette droite ouverte en arrière et en dehors.

4. — Veine cave supérieure. — *a*. Origine de cette veine. — *b*, *b*. Point où elle s'amincit et se perd dans la tumeur avec laquelle elle se confond.

5. — Section de la veine cave inférieure près de son embouchure dans l'oreillette droite.

6, 6. — Péricarde.

7, 7. — Lobe supérieur du poumon droit, comprimé et aminci par la tumeur, à laquelle il semble servir d'enveloppe.

8, 8. — Lobe moyen de ce poumon.

9. — Lobe inférieur du même organe.

M

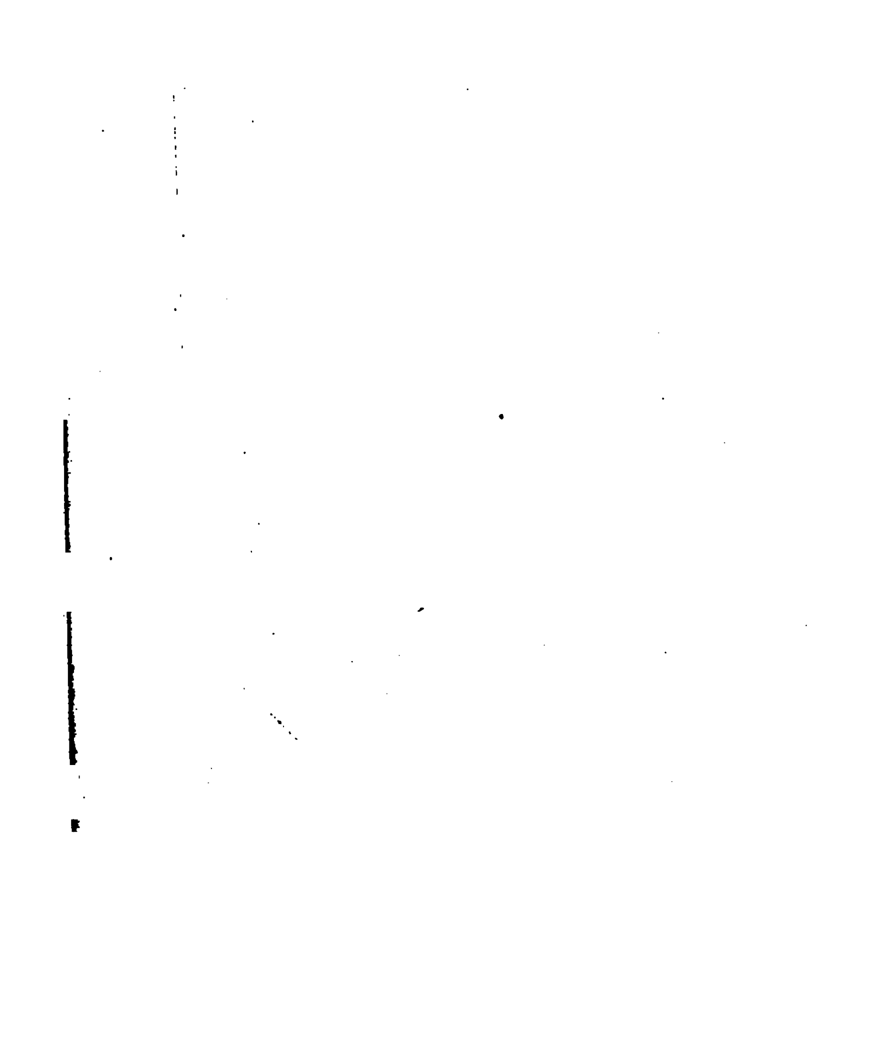
1

8

Pos

Lith. Becquet frères. Paris.





VII

RECHERCHES

SUR

LA DILATATION DES BRONCHES,

Par M. BARTH,
Médecin de l'hôpital Beaujon,
Membre de l'Académie Impériale de médecine.

La maladie qui fait le sujet de ce mémoire a pris rang depuis peu d'années seulement dans les cadres nosologiques. Cependant elle est ancienne comme les autres affections des voies respiratoires signalées dès les premiers temps de la médecine ; mais il est infiniment probable qu'elle a été confondue pendant la vie, soit avec la phthisie pulmonaire, soit avec les bronchites accompagnées de sécrétion muco-purulente, et si elle a été anatomiquement entrevue après la mort, ces observations sont restées sans aucune application pratique.

On conçoit qu'il ait dû en être ainsi tant que les recherches d'anatomie morbide n'ont été faites que d'une manière superficielle, et il est aisé de comprendre que les dilatations bronchiques soient restées méconnues au lit du malade, tant que les diverses altérations des voies respiratoires sont demeurées si difficiles à distinguer entre elles.

Aussi c'est du commencement de ce siècle, c'est de la mémorable époque où fut découvert le plus puissant moyen diagnostique des affections de poitrine, et où fut imprimé un élan si vigoureux à l'étude des lésions ana-

tomiques, que date la connaissance précise de la maladie qui nous occupe. C'est à Laënnec, l'illustre inventeur de l'auscultation, l'auteur de l'immortel *Traité des maladies du poumon et du cœur*, que l'on doit la première description de la dilatation des bronches (1) ; et cette esquisse, comme tout ce qu'a fait cet homme de génie, est sortie de sa plume si nette et si claire, au point de vue anatomique et sous le rapport de la symptomatologie, que depuis lors on n'a fait qu'ajouter peu de chose à ce que le maître avait si bien ébauché.

Une fois l'attention éveillée sur ce sujet, de nouveaux faits sont venus s'offrir aux recherches des observateurs, et nombre de pathologistes ont suivi Laënnec dans la voie qu'il avait de prime abord si largement tracée.

M. Andral, dans sa *Clinique médicale* (2), rapporte cinq cas de dilatation d'un ou de plusieurs rameaux des bronches, et, résumant les faits qui lui sont propres, il distingue trois variétés principales de cette altération morbide, signale l'épaississement des parois bronchiques, indique plusieurs caractères symptomatologiques, et note quelques-unes des particularités les plus capables de la faire reconnaître pendant la vie.

Quelques années plus tard, M. Reynaud consigne, dans le *Dictionnaire de médecine* (3), une description sommaire des altérations anatomiques de la dilatation des bronches et des signes qui la révèlent pendant la vie ; il signale les traits de ressemblance que cette maladie peut avoir avec la phthisie pulmonaire, et ajoute que « les résultats de l'auscultation et les symptômes généraux de l'une et de l'autre affection diffèrent sous une

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, t. Ier, 1re édit., 1819 et 2e édit., 1826.

(2) *Clinique médicale*, t. Ier, p. 192 et 204, 2e édit., 1829.

(3) *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., t. VI, p. 33, 1834. — *Mémoire sur l'oblitération des bronches*, avec figures (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1835, t. IV, p. 117 et suiv.).

foule de rapports ; » mais on regrette de ne pas trouver dans le développement de cette proposition, les signes capables d'élucider ce point de diagnostic aussi important que difficile.

MM. Delaberge et Monneret (1), dans leur excellent recueil poursuivi avec tant de zèle par MM. Monneret et Fleury depuis la perte prématurée du regrettable Delaberge, parlent incidemment de la dilatation des bronches en traitant du catarrhe chronique, et reproduisent ce que leurs devanciers en ont dit, principalement au point de vue des caractères anatomiques.

La maladie qui nous occupe n'a point échappé à la sagacité de M. Louis : dans ses intéressantes *Recherches sur l'emphysème des poumons* (2), cet habile observateur signale plusieurs particularités anatomiques très importantes pour le diagnostic des dilatations des bronches.

M. Fauvel (3) a constaté une coïncidence assez fréquente d'une certaine dilatation des conduits respiratoires avec la bronchite capillaire purulente et pseudo-membraneuse.

MM. Rilliet et Barthez (4) mentionnent aussi l'élargissement des rameaux bronchiques dans le cours des maladies catarrhales de l'enfance, et distinguent de la dilatation chronique une dilatation aiguë le plus souvent en ampoule.

M. Grisolle (5), en traçant le précis didactique de la dilatation des bronches, d'après les documents publiés avant lui, insiste un peu plus sur les caractères qui

(1) *Compendium de médecine pratique*, 1836, t. I, p. 670.

(2) *Mémoires de la Société médicale d'Observation*, 1837, t. I, p. 160.

(3) *Recherches sur la bronchite capillaire ; Thèses de la Faculté*, 1840, p. 40.

(4) *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, t. I, 1re édit., 1843 ; 2e édit., 1853.

(5) *Traité élémentaire et pratique de pathologie interne*, 1re édit., 1844, t. I p. 328.

peuvent servir à distinguer cette maladie de la phthisie pulmonaire.

Valleix (1), de son côté, s'appuyant sur les faits connus et sur les observations particulières qu'il a pu rassembler, donne de la dilatation bronchique la description analytique la plus complète qui ait été publiée jusqu'à ce jour. Il insiste sur l'importance de cette disposition morbide au point de vue du diagnostic et du pronostic, en raison surtout de l'analogie de la dilatation des bronches avec la phthisie pulmonaire, et s'attache à présenter le tableau synoptique des signes différentiels de cette maladie et des diverses affections qu'il est possible de confondre avec elle.

Enfin, M. le professeur Cruveilhier, dans son excellent *Traité d'anatomie pathologique générale* (2), trace avec soin les caractères de la dilatation des bronches, et décrit plusieurs variétés anatomiques qu'aucun auteur n'avait encore signalées.

Malgré tous ces travaux intéressants à des titres divers, la dilatation des bronches n'est peut-être pas encore aussi généralement connue qu'elle mérite de l'être. Ses nombreux traits de similitude avec la phthisie pulmonaire en font un des sujets les plus intéressants de la pathologie. Il est inutile, en effet, d'insister sur l'importance qu'il y a de poser un diagnostic précis toutes les fois qu'il s'agit d'une affection qui entraîne de si graves conséquences ; et, s'il est urgent de reconnaître les tubercules toutes les fois qu'ils existent, il n'est pas moins intéressant en pratique de ne pas les admettre quand ils n'existent pas, de ne point confondre, en un mot, avec une maladie aussi souvent mortelle que la phthisie pulmonaire, un état morbide curable, ou qui du moins

(1) *Guide du médecin praticien*, Paris, 1853, 3e édit., t. I, p. 377.
(2) 1852, t. II, p. 874.

peut durer nombre d'années sans danger sérieux pour la vie.

Il y a longtemps déjà que l'importance de cette question nous a vivement frappé, à l'occasion d'un premier fait de dilatation des bronches qui avait présenté toutes les apparences de la phthisie pulmonaire.

OBSERVATION 1re.

Billard, Joséphine, âgée de quarante-huit ans, passementière, d'une constitution chétive, est admise à l'hôpital de la Pitié le 11 mars 1835, service de M. Louis, salle Saint-Paul, n° 22.

Réglée à quinze ans, elle était sujette dans les intervalles à un écoulement leucorrhéique peu abondant. Elle a cessé d'être menstruée à l'âge de quarante-sept ans, et n'a jamais eu d'enfants.

Née d'une mère qui avait la respiration courte, elle a commencé elle-même à éprouver de l'essoufflement dès l'âge de quinze ans, et depuis lors elle est fréquemment enrhumée. Mais c'est surtout depuis sept années que Joséphine Billard est malade.

Elle a été prise à cette époque d'un gros rhume avec oppression, palpitations, et depuis elle tousse presque continuellement, plus en hiver qu'en été. Les palpitations, qui ont persisté aussi, s'exaspèrent par intervalles, de même que la dyspnée, et pendant ces accès, la malade, qui ne peut dormir sans avoir la tête élevée, est obligée de s'asseoir dans son lit.

Il y a sept ans aussi, elle a eu un premier crachement de sang qui dura environ trois semaines, et fut assez abondant pour remplir quelquefois un crachoir en un jour. Plusieurs fois depuis cet accident s'est renouvelé. Il y a eu par intervalle un peu de diarrhée, de courte durée, sans fièvre, sans sueurs nocturnes; mais il survient de l'amaigrissement. Deux ans plus tard, il apparaît aux membres inférieurs un œdème qui se reproduit de temps à autre et la malade est obligée d'entrer à l'hôpital à plusieurs reprises.

Dans les premiers jours de mars, à la suite d'un refroidissement : dyspnée plus considérable, palpitations plus vives, et bientôt retour de l'œdème, qui force la malade à revenir à la Pitié.

État actuel, le 11 *mars au soir.* — La malade est assise dans son lit; la face est violacée surtout au nez et aux lèvres; même coloration des extrémités; mains fraîches; un peu d'œdème aux malléoles. Physionomie exprimant la souffrance. Oppression et palpitations; pouls à 90 aux carotides, où il est régulier. Impulsion du cœur assez forte, sans bruit anormal à l'auscultation; matité un peu augmentée de la région précordiale.

Régions sous-claviculaires de la poitrine déprimées, surtout la droite. Au niveau de cette dernière région, la percussion produit un son obscur à timbre particulier qui se rapproche du bruit de pot fêlé, dont il n'offre pourtant pas le claquement caractéristique; et à l'auscultation on y perçoit une respiration caverneuse, soufflante, comme métallique, caractérisée surtout par une inspiration courte, rapide et sonore, sans mélange de gargouillement, mais avec retentissement prononcé de la voix. A la région sous-claviculaire gauche correspondante, son plus clair et bruit respiratoire rude, sec, sans mélange de râles. En arrière son clair dans la moitié inférieure des deux côtés, obscur supérieurement, surtout à droite, où l'auscultation fait entendre, au niveau de la fosse sus-épineuse, une respiration caverneuse d'une intensité médiocre et une pectoriloquie manifeste. Au sommet gauche, respiration rude avec retentissement très fort de la voix. Plus bas, des deux côtés, on perçoit du râle sous-crépitant jusqu'à la base de la poitrine.

Il y a à l'épigastre un sentiment de pesanteur dont la malade souffre depuis plusieurs années. Cette région est sensible à la pression. Le foie déborde les fausses côtes de 8 centimètres environ; il paraît lisse, et la matité de l'hypochondre n'est pas plus étendue que dans l'état normal.

L'intelligence est intacte malgré les souffrances et la privation de sommeil.

Le lendemain 12, même état. (La malade a pris une *pot. gom.* avec *sir. diac.* 15 *grammes* et *teint. de digit.* 20 *gouttes*).

On prescrit : *orge édulc.; saignée de* 250 *gr.; pot. gom.* avec *ext. gom. d'op.* 5 *centigr.;* 2 demi-bouillons.

Le 13, amélioration générale sensible. La saignée qui n'a pu fournir que 60 grammes de sang a été suppléée par une application de 30 sangsues à la région précordiale. Physionomie plus

calme, oppression moindre, toux moins fréquente, crachats médiocrement abondants, la plupart verdâtres et quelques-uns légèrement rouillés et demi-transparents.

L'examen de la poitrine a les mêmes résultats qu'à l'admission, à cela près que les râles humides se sont étendus et modifiés dans leurs caractères. En avant, à droite, sous la clavicule, chaque inspiration caverneuse est mélangée, à la fin, d'un gargouillement menu qui se convertit plus bas (région mammaire) en râle crépitant et sous-crépitant humide. Il en est de même à gauche en avant, si ce n'est qu'au sommet quelques craquements remplacent le gargouillement signalé à droite. En arrière aux deux sommets, ce gargouillement menu existe et se transforme jusqu'à la base en râle sous-crépitant.

Les palpitations sont moindres, le pouls n'est qu'à 68, et la température de la peau toujours au-dessous de la moyenne. La langue est humide, blanche au centre et naturelle au pourtour.

Prescription : *Sol. sir. fl. d'oranger*, *pot. gom. ext. d'op.* 5 cent. — 2 demi-bouillons.

Le 14, amélioration sensible; sommeil la nuit, sans sueurs ni réveils en sursaut; facies meilleur; figure moins violacée; pouls à 72; crachats grisâtres opaques; râle sous-crépitant moindre que la veille. Du reste, même état des phénomènes physiques. (*Mauve sir. fl. d'oranger — pot. ut suprà* — 2 demi-soupes, 1/8e de pain ; lait.)

Même situation assez satisfaisante du 15 au 20.

Le 21 et le 23, l'étouffement devient plus incommode; sans autre changement notable. Mais dans la soirée du 26, la malade est prise de nouveau d'un étouffement prononcé, qui oblige à appliquer 25 sangsues à la région précordiale pendant la nuit.

Le 27 au matin, physionomie anxieuse, cyanose intense à la face et aux mains; rien de particulier au cœur, pouls filiforme; un peu d'œdème aux membres inférieurs; intelligence conservée.

La respiration est accélérée. Les signes stéthoscopiques sont les mêmes que précédemment au sommet de la poitrine; en arrière, inférieurement, le râle sous-crépitant est très fin à droite et plus profond et moins fin à gauche.

Sol. sir. fl. d'oranger — pot. gom. avec *op.* 3 cent. — *saignée* 200 gram. — 2 demi-bouillons coupés, 1 lait.

Du 28 mars au 3 avril, état à peu près stationnaire, avec quelques alternatives de rémission et d'exaspération dans les phénomènes. Les signes physiques fournis par l'examen de la poitrine restent les mêmes. Le thorax est toujours peu sonore en arrière dans le tiers supérieur, et rend un son clair des deux côtés inférieurement.

A l'auscultation, à droite, râle sous-crépitant en avant et en arrière, devenant du gargouillement au sommet ; le bruit respiratoire, dans ce dernier point, est creux, brusque et sonore, peu marqué, et comme perdu dans le gargouillement qui le masque ; la pectoriloquie y est obscure et diffuse. A gauche, en avant et en arrière, gargouillement au sommet, et plus bas râle muqueux, mêlé en arrière à la base de râle sous-crépitant à petites bulles vers la fin de l'inspiration.

Dans cet intervalle, du 28 mars au 3 avril, les mains sont plus ou moins froides, violacées ; le pouls reste faible, parfois à peine sensible aux radiales. Des *sinapismes* sont appliqués sur les cuisses, et la potion avec opium est remplacée par une *potion antispasmodique* avec ou sans éther.

Le 3 avril, au soir, il survient un dévoiement (huit selles environ par vingt-quatre heures) qui disparaît le 5. Cependant l'œdème des membres inférieurs s'accroît, gagne le ventre et la main droite ; les extrémités redeviennent violacées et froides. L'oppression augmente ; le pouls s'affaiblit encore, se précipite, et arrive à 80, 96 et 100 pulsations par minute. La voix s'enroue, et s'éteint presque complétement le 10. Ce même jour, la figure pâlit, le pouls devient à peine sensible, et la mort survient le 12 avril, à sept heures du soir.

Autopsie faite trente-huit heures après la mort.

Habitude extérieure. — Pas de roideur cadavérique. Figure bleuâtre ; œdème assez considérable des membres inférieurs et des parois abdominales, légère infiltration des membres supérieurs.

Tête. — Les parties contenues dans le crâne ne présentent rien qui mérite d'être mentionné, si ce n'est un peu d'infiltration sous-arachnoïdienne, une légère injection de la pulpe cérébrale, et la présence dans chacun des ventricules latéraux de deux cuillerées de sérosité.

Poitrine. — Le *péricarde* contient environ 60 grammes de sérosité ; le *cœur* est un peu volumineux ; l'oreillette droite et les grosses veines qui s'y rendent sont distendues par une grande quantité de sang.

Le *larynx* est sain. La *trachée-artère* a sa muqueuse rouge, et cette rougeur augmente à mesure qu'on s'approche des bronches.

Le *poumon gauche* adhère à la plèvre en arrière par sa partie moyenne et supérieure. Son sommet est comme ratatiné, et présente des enfoncements à sa surface. A 5 centimètres du sommet, on voit un assez grand nombre de granulations grises, demi-transparentes, et plus bas de petites masses grisâtres contenant des concrétions jaunâtres assez fermes. Çà et là aussi, dans l'épaisseur de ce lobe, on distingue des traînées d'un tissu grisâtre, bleuâtre, demi-transparent, au milieu de portions de parenchyme souples et saines. Le lobe inférieur est assez lourd, d'un rouge foncé, hépatisé en arrière dans une petite étendue et contient aussi des granulations grises disséminées dans son épaisseur. Les bronches sont rouges à l'intérieur et tapissées de mucus.

Le *poumon droit* offre des adhérences universelles. Le lobe supérieur est environné d'une espèce de calotte cartilagineuse de 7 millimètres d'épaisseur, et qui lui donne beaucoup de consistance. A deux lignes du sommet, on voit une bronche qui a 28 millimètres de développement sur 40 de hauteur. D'autres bronches dilatées existent dans toute la hauteur de ce lobe : l'une d'elles, située à 8 centimètres du sommet et près du bord tranchant du poumon, a 46 millimètres de développement sur 23 de hauteur, et succède à une bronche qui a 20 millimètres de circonférence. La membrane muqueuse dans les points dilatés est d'un rouge plus ou moins vif, et offre quelques plis, loin d'être distendue. D'autres rameaux sont de la même couleur, mais moins dilatés. Le parenchyme pulmonaire de ce lobe renferme des concrétions de même nature que le lobe supérieur gauche. Le sommet du lobe inférieur droit présente une concrétion grisâtre du volume d'une petite noisette, au centre de laquelle on voit quelques points jaunâtres, durs, criant sous le scalpel. La partie inférieure n'offre pas de granulations et n'est point hépatisée.

Abdomen. — La surface interne de l'*estomac* et d'une partie de l'*intestin grêle* présente une coloration rouge sans altération de

Du 28 mars au 3 avril ... contraire, rouge à
ques alternatives de ré... quelques petites
mènes. Les signes ph... iliaque du côlon.
restent les mêmes. ... parfaitement sain. Il en est
dans le tiers supéri...
rieurement. ... La substance tubulée a

A l'auscultatio... corticale est pâle, d'un blanc
arrière, devena... coupe, examinée obliquement,
ratoire, dans c... des organes génito-urinaires
marqué, et c
la pectorilo
arrière, g
mêlé en
vers la f

Dans
plus o
peine
cuis
ant

Chez le malade qui fait le sujet de cette observation, *nous avions cru à l'existence* d'une phthisie pulmonaire; *ce diagnostic ne parut* douteux à aucun de ceux qui *l'avaient examinée. Nous* nous attendions, en conséquence, *à rencontrer des* cavernes tuberculeuses sous *la clavicule droite, et,* à notre grand étonnement, au *lieu d'une ou plusieurs* cavités ulcéreuses creusées dans *le tissu du poumon,* nous y avons trouvé de larges ampoules formées par des bronches dilatées.

Ce premier fait, qui remonte à 1835, avait excité en nous un grand intérêt, et il nous a porté à étudier particulièrement ce point de la pathologie des maladies du poumon.

Depuis cette époque, nous avons eu soin de rechercher *la lésion dont* il s'agit avec plus d'attention qu'on ne le *fait d'habitude,* et, dans l'espace de vingt années, nous en avons rassemblé 55 exemples plus ou moins prononcés. M. Louis, notre vénéré maître, en a mis 6 cas à notre disposition, un septième observé dans l'enfance et dû à l'obligeance de M. Legendre, porte à 62 le nombre des observations qui sont devenues l'objet de nos études.

En publiant ici le résultat de nos recherches, nous n'avons pas la prétention de refaire la description d'une maladie si bien esquissée par Laënnec et les auteurs qui en ont traité après lui; mais il nous a semblé que l'ana-

l'une si grande collection de faits devait nécessairement fournir quelques résultats intéressants, et nous aurons atteint notre but si nous parvenons à perfectionner dans quelques détails l'édifice de nos devanciers, et à répandre la connaissance d'une affection morbide aussi digne d'intérêt.

Anatomie pathologique.

Les observations qui servent de base à ce mémoire sont, comme nous l'avons dit, au nombre de 62. Toutefois, pour ne pas laisser place au doute dans l'appréciation des caractères distinctifs d'une maladie dont le diagnostic est souvent si difficile, nous n'avons tenu compte, dans notre analyse numérique, que des cas suivis de mort et constatés par l'autopsie; il nous a semblé que ces cas-là seuls devaient nous servir non-seulement pour la détermination des altérations anatomiques, mais encore pour la fixation des symptômes, de la marche et de la durée de la maladie, en réservant les observations dans lesquelles la lésion n'a pas été matériellement constatée, pour en tirer parti incidemment, et les poser comme problème plus ou moins facile à résoudre d'après les données mêmes des cas suivis de tous les détails de l'examen nécroscopique. Ces derniers sont au nombre de 43, et ont été notés d'une manière plus ou moins circonstanciée, selon qu'ils ont été reconnus pendant la vie ou constatés seulement après la mort.

Siége de la lésion. — La dilatation des bronches a été rencontrée plus souvent d'un seul côté de la poitrine que des deux, dans la proportion de 26 à 17. Sur les 26 cas de dilatation unilatérale, la lésion occupait treize fois le côté gauche, et sur deux de ces sujets, elle existait aussi à un degré très faible à droite. Onze fois elle affectait le

consistance. La muqueuse du *gros intestin*, au contraire, rouge à ses deux extrémités, est partout ramollie, et quelques petites ulcérations se remarquent au niveau de l'S iliaque du côlon.

Le *foie* est d'un volume moyen et parfaitement sain. Il en est de même de la *rate* et du *pancréas*.

Les *reins* ont leur volume ordinaire. La substance tubulée a son aspect naturel, mais la couche corticale est pâle, d'un blanc jaunâtre, légèrement rosée, et sa coupe, examinée obliquement, paraît finement granulée. Le reste des organes génito-urinaires est sain.

Chez la malade qui fait le sujet de cette observation, nous avons cru à l'existence d'une phthisie pulmonaire; ce diagnostic ne parut douteux à aucun de ceux qui l'avaient examinée. Nous nous attendions, en conséquence, à rencontrer des cavernes tuberculeuses sous la clavicule droite, et, à notre grand étonnement, au lieu d'une ou plusieurs cavités ulcéreuses creusées dans le tissu du poumon, nous y avons trouvé de larges ampoules formées par des bronches dilatées.

Ce premier fait, qui remonte à 1835, avait excité en nous un grand intérêt, et il nous a porté à étudier particulièrement ce point de la pathologie des maladies du poumon.

Depuis cette époque, nous avons eu soin de rechercher la lésion dont il s'agit avec plus d'attention qu'on ne le fait d'habitude, et, dans l'espace de vingt années, nous en avons rassemblé 55 exemples plus ou moins prononcés. M. Louis, notre vénéré maître, en a mis 6 cas à notre disposition, un septième observé dans l'enfance et dû à l'obligeance de M. Legendre, porte à 62 le nombre des observations qui sont devenues l'objet de nos études.

En publiant ici le résultat de nos recherches, nous n'avons pas la prétention de refaire la description d'une maladie si bien esquissée par Laënnec et les auteurs qui en ont traité après lui ; mais il nous a semblé que l'ana-

lyse d'une si grande collection de faits devait nécessairement fournir quelques résultats intéressants, et nous aurons atteint notre but si nous parvenons à perfectionner dans quelques détails l'édifice de nos devanciers, et à répandre la connaissance d'une affection morbide aussi digne d'intérêt.

Anatomie pathologique.

Les observations qui servent de base à ce mémoire sont, comme nous l'avons dit, au nombre de 62. Toutefois, pour ne pas laisser place au doute dans l'appréciation des caractères distinctifs d'une maladie dont le diagnostic est souvent si difficile, nous n'avons tenu compte, dans notre analyse numérique, que des cas suivis de mort et constatés par l'autopsie; il nous a semblé que ces cas-là seuls devaient nous servir non-seulement pour la détermination des altérations anatomiques, mais encore pour la fixation des symptômes, de la marche et de la durée de la maladie, en réservant les observations dans lesquelles la lésion n'a pas été matériellement constatée, pour en tirer parti incidemment, et les poser comme problème plus ou moins facile à résoudre d'après les données mêmes des cas suivis de tous les détails de l'examen nécroscopique. Ces derniers sont au nombre de 43, et ont été notés d'une manière plus ou moins circonstanciée, selon qu'ils ont été reconnus pendant la vie ou constatés seulement après la mort.

Siége de la lésion. — La dilatation des bronches a été rencontrée plus souvent d'un seul côté de la poitrine que des deux, dans la proportion de 26 à 17. Sur les 26 cas de dilatation unilatérale, la lésion occupait treize fois le côté gauche, et sur deux de ces sujets, elle existait aussi à un degré très faible à droite. Onze fois elle affectait le

côté droit, et sur un de ces cas on la trouvait à peine marquée à gauche. Dans deux observations, enfin, on a omis de désigner le côté exclusivement affecté. Chez dix-sept malades, la lésion occupait les deux poumons à la fois, et tantôt à peu près au même degré (10), tantôt avec prédominance à droite (5) ou à gauche (2).

Quant à la portion du poumon plus spécialement affectée, sur 37 cas plus ou moins prononcés dans lesquels le siége des dilatations a été noté avec soin, la lésion existait presque aussi souvent au sommet qu'à la base.

Chez 15 de ces malades, elle occupait la partie supérieure du poumon, et quatre fois, elle était bornée au côté gauche, six fois au côté droit, et dans cinq observations, elle affectait les deux sommets en même temps. Dans 15 autres cas, elle avait son siége dans le lobe inférieur, sept fois à gauche, cinq fois à droite, et trois fois de deux côtés simultanément.

Chez 7 malades, enfin, la dilatation occupait presque toute la hauteur du poumon, à un degré à peu près égal, mais d'ordinaire un peu plus prononcé à la base.

En notant spécialement les cas les plus prononcés au nombre de 17, le siége de la lésion, au point de vue de la fréquence, avait lieu une fois aux deux sommets, deux fois dans tout le poumon gauche, avec prédominance à la base; trois fois dans le lobe inférieur droit; trois fois elle occupait les deux poumons dans une grande étendue; quatre fois le sommet droit seulement, et quatre fois, enfin, le lobe inférieur gauche.

Grosseur des bronches dilatées. — Tantôt la dilatation portait sur les premières divisions des bronches; tantôt elle affectait plus spécialement les rameaux de deuxième ou troisième ordre; souvent, enfin, elle était bornée aux ramuscules terminaux. Dans quelques cas, la dilatation des gros tuyaux s'étendait le long de la bronche princi-

pale jusqu'à la trachée-artère qui avait subi elle-même un élargissement manifeste.

Étendue de la lésion. — Rien de plus variable que le nombre des rameaux bronchiques atteints de dilatation morbide : dans certains cas, nous avons trouvé la lésion bornée à un seul ramuscule du lobe supérieur droit (2), ou n'affectant que quelques conduits disséminés soit dans les deux poumons (1), soit dans les deux sommets (1), soit dans un seul lobe du sommet ou de la base (2). Plus ordinairement, la dilatation s'étendait à un nombre de rameaux bronchiques plus ou moins considérable ; mais dans ce cas il était rare qu'elle occupât les deux poumons à la fois (2) : on la retrouvait un peu plus fréquemment limitée aux deux lobes inférieurs (3), ou aux deux lobes supérieurs seulement (3) ; beaucoup plus souvent, les dilatations affectant un certain nombre ou la plupart des rameaux bronchiques, étaient bornées à un seul lobe, soit le supérieur droit (5) ou gauche (2), soit l'inférieur gauche (6) ou l'inférieur droit (4). Dans deux cas cependant la dilatation portait sur la plupart des rameaux de deux poumons, et chez deux autres de nos malades toutes les bronches du poumon gauche presque sans exception, se trouvaient dilatées à tel point que le tissu pulmonaire était à peine reconnaissable. Voici l'une de ces observations qui est sous tous les rapports un remarquable exemple de la maladie qui nous occupe.

OBSERVATION IIe.

Davier Hugues, âgé de cinquante-sept ans, d'une taille moyenne, primitivement bien constitué, de médiocre embonpoint, et modérément coloré, aujourd'hui pâle et maigre, entre à l'hôpital Beaujon le 24 janvier 1852. Tabletier depuis l'âge de quatorze ans jusqu'à quarante-sept, il est depuis dix ans allumeur de gaz, mène une vie sobre et ne fait jamais d'excès. Son père est mort

à l'âge de soixante-quatorze ans, des suites de la goutte ; sa mère était maigre, faible, toussait fréquemment et a succombé à l'âge de soixante-huit ans. Il a un frère et une sœur qui se portent bien. D'une santé généralement assez bonne lui-même, il avait eu la variole dans son enfance, et peut-être la rougeole ; deux attaques de rhumatisme articulaire, la première à dix-huit ans, ayant duré vingt-deux jours, et la seconde à vingt-cinq ans, qui se prolongea pendant cinq semaines. Vers l'âge de vingt-huit à trente ans, il a eu plusieurs petits crachements de sang (une à deux cuillerées, au plus, en vingt-quatre heures); depuis lors, il a eu des rhumes fréquents, surtout pendant l'hiver ; il a maigri, mais sans éprouver ni dévoiement ni sueurs copieuses, et l'oppression est devenue plus marquée depuis cinq à six ans.

Le 2 janvier, par un temps froid, il attend un ami dans la rue pendant deux heures ; le même soir, il ressent du malaise et un frisson assez intense. L'oppression augmente, accompagnée de quelques douleurs dans le côté gauche de la poitrine ; la toux devient plus fréquente, les crachats plus abondants ; l'appétit se perd ; néanmoins la fièvre reste modérée et le malade se contente de garder la chambre. Mais le rhume se prolongeant et la maigreur faisant des progrès, il se décide à entrer à l'hôpital, sans avoir fait aucune médication active.

Le lendemain, 25 janvier, je constate l'état suivant : oppression modérée, toux fréquente, crachats muco-purulents épais. La poitrine est assez généralement sonore en avant, le bruit vésiculaire est un peu faible et sec çà et là, sans mélange de râles. En arrière, à droite, la résonnance du thorax est assez grande, et la respiration est un peu sèche A gauche, le son est obscur, surtout vers la base ; l'inspiration, parfois à peine sensible, se fait d'autres fois brusquement, avec bruit ; l'expiration est broncho-caverneuse et la toux détermine un gargouillement perceptible dans une grande étendue, mais ayant son maximum dans la fosse sous-épineuse et diminuant vers le sommet.

Ces phénomènes nous donnent aussitôt la pensée d'une dilatation des bronches, et les résultats de ce premier examen se confirment et se complètent successivement par une exploration plus attentive.

Le malade est maigre, pâle, mais sans expression notable de

souffrance. Il se tient habituellement incliné sur le côté droit, n'éprouve pas de douleur dans la poitrine. La dyspnée est modérée : elle augmente quand le malade veut se coucher à gauche; la toux est fréquente, humide; l'expectoration, abondante, fournit quotidiennement de 150 à 250 grammes de crachats liquides, jaunâtres, muco-purulents, mousseux à la surface.

Le thorax est amaigri; le sternum, saillant en avant dans la moitié supérieure, est déprimé dans la moitié inférieure. Les dépressions sus et sous-claviculaires, assez prononcées des deux côtés, sont notablement plus profondes à gauche; les espaces intercostaux de ce côté sont également un peu plus marqués qu'à droite. Tout le côté gauche est rétréci : la mensuration de la poitrine à la hauteur du mamelon, donne 80 centimètres de circonférence, dont 43 centimètres pour la moitié droite, et 37 seulement pour le côté gauche.

Le mouvement d'expansion de la poitrine à gauche est sensiblement moins ample que du côté droit. En appliquant la main sur le thorax en arrière, on sent du côté gauche, pendant la toux, des vibrations dues aux râles qui se passent dans cette cavité; et quand le malade parle, le frémissement thoracique est un peu plus prononcé à gauche qu'à droite.

A la percussion, le son rendu par la poitrine est généralement assez intense en avant, même sur le sternum et à la région précordiale; il est un peu sec sous les clavicules, et ce caractère est plus sensible à gauche qu'à droite. En arrière, la sonorité, moyenne à droite, est plus obscure à gauche, surtout à la base.

A l'auscultation, on constate en avant un bruit respiratoire généralement faible, un peu sec en quelques points, sans râles appréciables. En arrière, la respiration est un peu sèche à droite; à gauche, l'inspiration est brusque et donne la sensation comme d'une soupape; l'expiration est bruyante, sonore, à timbre bronchique et caverneux; dans les fortes inspirations, le bruit respiratoire est obscurci ou remplacé par un gargouillement à grosses bulles éclatantes; la voix et la toux sont également caverneuses.

Ces bruits, perçus dans une grande étendue, ont toujours leur maximum d'intensité dans la fosse sous-épineuse, et diminuent tout à fait en bas et à mesure qu'on s'élève vers le sommet de la poitrine.

A la région précordiale, on ne sent pas d'impulsion ; la sonorité est assez intense ; on y entend le murmure respiratoire ; les bruits du cœur sont éloignés, par intervalles un peu irréguliers, sans accompagnement de bruit morbide ; le pouls bat 90 fois par minute, avec deux ou trois intermittences ; on n'entend pas de bruits anormaux sur le trajet des carotides.

L'appétit est diminué ; les selles sont rares ; il n'y a, depuis le début du rhume, ni dévoiement, ni sueurs notables.

Dans les premiers jours, on prescrit une *infusion pectorale* pour boisson, un *looch kermétisé*, une *pilule de cynoglosse* et quelques *aliments légers*.

Le malade semble d'abord reprendre un peu de forces ; mais cette amélioration ne dure point. Dans la première quinzaine de février, la respiration est toujours gênée, surtout après le repas ; la toux reste fréquente, l'expectoration assez facile, et les crachats toujours rendus en plus ou moins grande abondance, forment une masse muco-purulente, nageant dans un liquide mousseux. Les phénomènes d'auscultation perçus dans le côté gauche persistent avec quelques nuances dans les caractères que nous avons notés plus haut ; de plus, on constate une respiration un peu rude et creuse au sommet droit en arrière. Le malade reste sans fièvre ; l'appétit est médiocre, et la constipation fait place de temps en temps à quelques évacuations alvines spontanées ou provoquées par l'emploi de 30 *à* 50 *grammes de manne*.

On ajoute à la médication l'emploi de l'*eau sulfureuse d'Enghien ;* on substitue aux infusions pectorales une *tisane de bourgeons de sapin ;* on continue les *loochs* en remplaçant le kermès par 25 *ou* 30 *grammes de sirop de tolu*, et l'on proportionne les aliments à l'appétit et aux forces digestives.

Mais l'état du malade persiste, et à partir du 14 février, il empire d'une manière évidente. Depuis la veille, au soir, il est survenu une douleur assez vive dans le côté droit de la poitrine ; la dyspnée augmente, la respiration devient anhélante, et s'accélère jusqu'à 44 inspirations par minute. La toux, presque incessante, est plus pénible ; l'expectoration devient plus difficile et moins abondante. On entend toujours à gauche, tantôt une inspiration brusque, formant un bruit de soupape plus ou moins prononcé, suivi d'un bruit d'expiration broncho-caverneux ; tantôt

un gargouillement à grosses bulles éclatantes, entendues seules ou mêlées d'un souffle caverneux plus marqué dans l'expiration, et ces phénomènes ont toujours leur maximum d'intensité à la partie inférieure de la fosse sous-épineuse, où l'on constate également une résonnance caverneuse de la voix et de la toux.

Les phénomènes perçus à droite deviennent aussi plus manifestes, et dans la fosse sus-épineuse de ce côté, on constate un bruit d'expiration à timbre broncho-caverneux, mêlé de quelques bulles humides dans le tiers supérieur de la poitrine.

En même temps le pouls s'accélère, l'appétit se perd de plus en plus malgré la suppression des médicaments capables de fatiguer l'estomac; on cherche en vain à soutenir le malade par l'emploi de quelques *toniques* et d'un peu de *vin généreux*. Sa pâleur augmente, sa physionomie s'altère ; il survient de la bouffissure à la face et de l'œdème aux extrémités. Peu à peu ses forces déclinent, sa confiance se perd, et après avoir subi, le 20, les émotions d'un testament qu'il fait écrire sous sa dictée, il succombe dans la nuit sans agonie.

L'autopsie est faite le 22 février, à dix heures du matin.

Habitude extérieure. — Maigreur prononcée, décoloration de la peau, infiltration légère de la face et des parties génitales.

Poitrine. —Le côté gauche du thorax est manifestement rétréci : mesurée de nouveau à un pouce au-dessous du mamelon, la circonférence de la poitrine est de 74 centimètres, dont 40 pour le côté droit et 34 pour le côté gauche.

Le sternum et les cartilages costaux adhèrent par un tissu cellulaire mince, serré, aux organes contenus. Cette paroi pectorale étant enlevée, on ne voit pas de médiastin antérieur. Le poumon droit s'étend derrière le sternum, le dépasse, et arrive jusqu'à une ligne verticale abaissée du bord antérieur de l'aisselle gauche. Ce poumon semble, au premier abord, remplir la cavité du thorax ; il s'étend au-devant du péricarde qui ne se présente un peu à nu que dans un petit espace triangulaire à gauche de l'appendice xiphoïde.

Péricarde.—Ses deux feuillets sont unis dans toute leur étendue, à part quelques points très circonscrits, par des adhérences celluleuses que des tractions modérées détruisent sans beaucou de difficulté.

Le *cœur* est déformé, presque quadrilatéral, et manifestement augmenté de volume ; il a 10 centimètres de hauteur du sommet à l'origine de l'aorte, 14 centimètres de largeur à sa base, et 5 centimètres d'épaisseur.

Ses cavités sont remplies de caillots sanguins noirâtres et mous. La valvule mitrale est opaque, épaisse, et l'orifice auriculo-ventriculaire gauche est légèrement rétréci. Le ventricule aortique est agrandi, et ses parois ont 6 lignes d'épaisseur; celles du ventricule droit ont 3 lignes d'épaisseur près de la base. La valvule tricuspide est légèrement opaque ; les valvules sigmoïdes sont souples, saines dans l'artère pulmonaire, un peu rigides et opaques dans l'aorte. Ces deux vaisseaux ne présentent rien d'anormal.

Plèvres. — Les deux feuillets séreux adhèrent à droite dans la région supérieure, et à gauche dans toute leur étendue.

Le *poumon droit*, extrait de la poitrine, a le double de son volume habituel (28 centimètres de longueur sur 24 dans la plus grande largeur). Il est lourd, compacte, friable, congestionné et œdémateux à la base en arrière, emphysémateux dans son milieu et à la partie antérieure. Au sommet, son tissu est un peu induré, et les bronches qui s'y distribuent sont légèrement dilatées : deux d'entre elles, mesurées à une certaine hauteur, sont d'un tiers environ plus larges qu'à leur origine, et leur membrane interne, légèrement épaissie, laisse apercevoir des plis circulaires distinctifs des dilatations bronchiques.

Le *poumon gauche* est partout intimement accolé à la plèvre costale au moyen d'un tissu cellulaire dense, serré ; il adhère aussi par sa face antérieure à la face interne de la lame du poumon droit qui le recouvre.

Extrait de la poitrine avec la plèvre pariétale, il paraît réduit au tiers de son volume normal (19 centimètres de hauteur sur 12 de largeur), et forme une espèce de masse allongée, d'un rouge pâle, flasque, mais résistante, qui ne représente plus à l'œil l'aspect du poumon. En l'insufflant, il se gonfle un peu, mais il est loin de reprendre la forme et le volume d'un poumon sain ; il se distend surtout par bosselures, comme ferait une poche à loges multiples. Nulle part, on ne reconnaît la structure spongieuse élastique du parenchyme pulmonaire. Dans un seul point, à son bord antérieur et interne, sur un espace de 3 centimètres en hau-

teur et de 1 centimètre en largeur, on retrouve un peu de tissu parenchymateux encore reconnaissable.

Les bronches généralement dilatées, au lieu d'aller graduellement en diminuant de volume, s'évasent et se terminent en cul-de-sac, formant de larges cavités sphéroïdes; de capacité variable, mais en moyenne de la grosseur d'une noisette, d'une olive, et dont les parois, constituées par la membrane muqueuse épaissie, sont adossées les unes aux autres presque sans interposition de tissu pulmonaire. Ces vacuoles sont tapissées de mucosités puriformes, mousseuses, légèrement sanguinolentes; la membrane qui les revêt à l'intérieur, évidemment beaucoup plus épaisse que dans les bronches saines, est d'un rose foncé, à surface lisse, mais parcourue par des espèces de plis ou d'arêtes formant une légère saillie, et disposées par stries, irrégulièrement circulaires.

Ces dilatations bronchiques sont surtout prononcées à la partie postérieure et moyenne du poumon, et se retrouvent encore assez prononcées jusqu'au sommet. Tout à fait à la base, dans une hauteur de 2 à 3 centimètres (où l'auscultation ne retrouvait plus les phénomènes stéthoscopiques perçus plus haut), le parenchyme était tellement condensé qu'un stylet ne pouvait plus pénétrer dans les radicules bronchiques.

Pas de traces de tubercules.

La *trachée-artère* et le *larynx* ne présentent aucune altération morbide.

Le *pharynx* et l'*œsophage* sont sains.

Abdomen. — La cavité péritonéale contient une petite quantité de sérosité légèrement roussâtre.

Estomac. — La membrane muqueuse est généralement un peu ramollie; au niveau de la petite courbure, on trouve un cancer encéphaloïde ulcéré, s'étendant à droite jusqu'à 6 lignes de la valvule pylorique, et s'avançant à gauche vers le cardia sur une largeur de 6 à 7 centimètres. Sa surface inégale, à fond blanchâtre, présente çà et là un détritus gangréneux, jaunâtre, et est creusée en quelques points jusqu'au péritoine. En l'examinant sur les bords, on constate que la matière encéphaloïde est déposée au-dessous de la membrane muqueuse et entre les fibres du plan musculeux qui est notablement hypertrophié autour de l'ulcère.

Les orifices cardiaque et pylorique sont libres; plusieurs ganglions voisins sont gros et infiltrés de matière cancéreuse.

L'*intestin grêle* ne présente que quelques points légèrement congestionnés dans l'iléon.

Le *gros intestin* est sain dans toute son étendue ; le rectum est le siége de tumeurs hémorrhoïdales livides, du volume d'une noisette et formées par des dilatations variqueuses en ampoule dans lesquelles se trouvent de petits caillots sanguins noirâtres.

La *rate* est petite, d'une bonne consistance.

Le *foie*, de volume moyen, est ferme, légèrement congestionné.

Le *rein droit* contient deux calculs emprisonnés dans des calices élargis.

Tête. — Les capillaires des méninges sont légèrement congestionnés; les ventricules contiennent à peine un peu de sérosité, et la substance cérébrale est partout d'une bonne consistance.

Cette observation est très remarquable par l'étendue et l'intensité de la lésion principale, et l'on y trouve une concordance parfaite entre les symptômes et les altérations anatomiques de l'appareil respiratoire. Quelques-uns des phénomènes observés pendant la vie nous semblent cependant étrangers à la dilatation des bronches : tels sont la pâleur, la bouffissure de la face et l'œdème des extrémités qui trouvent leur explication dans la présence du cancer ulcéré de la petite courbure de l'estomac; cette dernière affection rend compte d'ailleurs du dépérissement des forces et réclame certainement la plus grande part dans la rapidité inattendue de la mort.

Forme de la dilatation. — La forme des dilatations bronchiques s'est montrée aussi très variable. Parfois, mais assez rarement (2), les canaux aériens au lieu de se rétrécir graduellement, comme dans l'état normal, conservaient leur diamètre, de telle sorte qu'elles présentaient encore quelques lignes de développement près de la surface du poumon.

Plus souvent, le diamètre interne des bronches allait

teur et de 1 centimètre en largeur, on retrouve un peu de tissu parenchymateux encore reconnaissable.

Les bronches généralement dilatées, au lieu d'aller graduellement en diminuant de volume, s'évasent et se terminent en cul-de-sac, formant de larges cavités sphéroïdes; de capacité variable, mais en moyenne de la grosseur d'une noisette, d'une olive, et dont les parois, constituées par la membrane muqueuse épaissie, sont adossées les unes aux autres presque sans interposition de tissu pulmonaire. Ces vacuoles sont tapissées de mucosités puriformes, mousseuses, légèrement sanguinolentes; la membrane qui les revêt à l'intérieur, évidemment beaucoup plus épaisse que dans les bronches saines, est d'un rose foncé, à surface lisse, mais parcourue par des espèces de plis ou d'arêtes formant une légère saillie, et disposées par stries, irrégulièrement circulaires.

Ces dilatations bronchiques sont surtout prononcées à la partie postérieure et moyenne du poumon, et se retrouvent encore assez prononcées jusqu'au sommet. Tout à fait à la base, dans une hauteur de 2 à 3 centimètres (où l'auscultation ne retrouvait plus les phénomènes stéthoscopiques perçus plus haut), le parenchyme était tellement condensé qu'un stylet ne pouvait plus pénétrer dans les radicules bronchiques.

Pas de traces de tubercules.

La *trachée-artère* et le *larynx* ne présentent aucune altération morbide.

Le *pharynx* et l'*œsophage* sont sains.

Abdomen. — La cavité péritonéale contient une petite quantité de sérosité légèrement roussâtre.

Estomac. — La membrane muqueuse est généralement un peu ramollie; au niveau de la petite courbure, on trouve un cancer encéphaloïde ulcéré, s'étendant à droite jusqu'à 6 lignes de la valvule pylorique, et s'avançant à gauche vers le cardia sur une largeur de 6 à 7 centimètres. Sa surface inégale, à fond blanchâtre, présente çà et là un détritus gangréneux, jaunâtre; et est creusée en quelques points jusqu'au péritoine. En l'examinant sur les bords, on constate que la matière encéphaloïde est déposée au-dessous de la membrane muqueuse et entre les fibres du plan musculeux qui est notablement hypertrophié autour de l'ulcère.

Les orifices cardiaque et pylorique sont libres; plusieurs ganglions voisins sont gros et infiltrés de matière cancéreuse.

L'*intestin grêle* ne présente que quelques points légèrement congestionnés dans l'iléon.

Le *gros intestin* est sain dans toute son étendue ; le rectum est le siége de tumeurs hémorrhoïdales livides, du volume d'une noisette et formées par des dilatations variqueuses en ampoule dans lesquelles se trouvent de petits caillots sanguins noirâtres.

La *rate* est petite, d'une bonne consistance.

Le *foie*, de volume moyen, est ferme, légèrement congestionné.

Le *rein droit* contient deux calculs emprisonnés dans des calices élargis.

Tête. — Les capillaires des méninges sont légèrement congestionnés; les ventricules contiennent à peine un peu de sérosité, et la substance cérébrale est partout d'une bonne consistance.

Cette observation est très remarquable par l'étendue et l'intensité de la lésion principale, et l'on y trouve une concordance parfaite entre les symptômes et les altérations anatomiques de l'appareil respiratoire. Quelques-uns des phénomènes observés pendant la vie nous semblent cependant étrangers à la dilatation des bronches : tels sont la pâleur, la bouffissure de la face et l'œdème des extrémités qui trouvent leur explication dans la présence du cancer ulcéré de la petite courbure de l'estomac; cette dernière affection rend compte d'ailleurs du dépérissement des forces et réclame certainement la plus grande part dans la rapidité inattendue de la mort.

Forme de la dilatation. — La forme des dilatations bronchiques s'est montrée aussi très variable. Parfois, mais assez rarement (2), les canaux aériens au lieu de se rétrécir graduellement, comme dans l'état normal, conservaient leur diamètre, de telle sorte qu'elles présentaient encore quelques lignes de développement près de la surface du poumon.

Plus souvent, le diamètre interne des bronches allait

progressivement croissant jusqu'à une distance de 30 et même de 10 millimètres de la surface pleurale, puis se rétrécissait brusquement au delà (9).

Rarement les bronches présentaient dans leur trajet des dilatations suivies de rétrécissements et de dilatations nouvelles : deux fois seulement nous avons constaté cette disposition *en chapelet* d'une manière manifeste.

Le plus souvent la dilatation, et plus particulièrement celle des radicules bronchiques, affectait la forme dite en ampoule, et constituait des cavités *fusiformes* (4), ou irrégulièrement *sphéroïdes* (11).

Souvent encore les rameaux dilatés présentaient une disposition qui tenait à la fois de la forme cylindroïde et de la forme ampullaire, c'est-à-dire qu'après s'être progressivement élargis, ils se terminaient brusquement en cul-de-sac (7).

Origine des rameaux élargis. — Dans la forme cylindroïde, les bronches dilatées présentaient le plus souvent moins de largeur à leur origine que dans leur trajet; plusieurs fois même (3) nous avons constaté un rétrécissement plus ou moins marqué en deçà des portions dilatées : dans un cas, c'était une diminution notable de calibre due à une espèce de froncement avec saillie d'une concrétion ossiforme sous la membrane muqueuse; dans un autre, la bronche principale en deçà de la dilatation était rétrécie jusqu'au diamètre d'une plume d'oie, tandis que la bronche principale du côté sain laissait pénétrer le doigt dans son intérieur. Dans un troisième cas, la principale division bronchique, destinée au sommet du poumon droit, était complétement oblitérée à son origine. Tout le lobe supérieur était converti en un grand nombre de loges adossées les unes contre les autres, presque sans trace de tissu pulmonaire entre elles, et tapissées partout par une membrane rosée

ayant tous les caractères de la membrane muqueuse des bronches. Un seul petit tuyau perméable s'ouvrait dans les loges décrites.

Dans les dilatations ampullaires, généralement situées plus ou moins près de la surface du poumon, l'entrée qui fait communiquer la bronche avec les cavités anormalement dilatées, était ordinairement étroite, et souvent cet orifice de communication était assez petit pour laisser d'abord quelque doute sur la nature de ces ampoules : à première vue, on pouvait les prendre pour des collections purulentes dans le parenchyme pulmonaire, mais un examen attentif en révélait bientôt le caractère véritable.

Extrémité terminale des bronches élargies. — Au delà du point dilaté, les tuyaux bronchiques se rétrécissaient d'ordinaire très rapidement; parfois même ils s'oblitéraient de manière à ne se retrouver, après la dilatation, que sous forme de petits prolongements solides. Le plus souvent, les dilatations se terminaient en cul-de-sac au delà duquel on ne pouvait plus reconnaître le tissu des bronches.

Largeur des dilatations. — Rien de plus variable aussi que le diamètre des bronches élargies : les dilatations cylindroïdes présentaient, non loin de la surface du poumon, depuis 4 à 5 millimètres jusqu'à 20 millimètres et plus de circonférence; quelques-unes, qui n'avaient que 10 à 12 millimètres à leur origine, présentaient dans leur partie la plus renflée 24 à 25 millimètres, à un pouce de la surface pleurale.

Les dilatations ampullaires offraient de même les plus grandes variations depuis le volume d'un pois à une cerise, jusqu'à la dimension d'une noisette, d'un œuf de pigeon. Dans un cas (nous en donnons ici l'histoire détaillée), la cavité de quelques ampoules était assez large pour loger une petite orange de Malte.

OBSERVATION III°.

Berton (Marguerite), cartonnière, âgée de soixante-dix ans, d'une taille au-dessous de la moyenne, de formes sèches, d'un teint habituellement peu coloré, a été admise à l'hospice de la Vieillesse le 22 avril 1844.

Ses parents, ordinairement bien portants, n'étaient pas sujets aux rhumes. Ils ont vécu plus de quatre-vingts ans et ont succombé tous deux à des maladies accidentelles.

Ses menstrues ont paru pour la première fois à l'âge de douze ans; elles ont toujours été régulières, mais peu abondantes, et ont cessé à l'âge de quarante-huit ans, sans accident notable.

Sa santé a toujours été assez bonne; cependant, dès son enfance, elle toussait déjà, et, vers l'âge de quinze ans, elle vit son rhume augmenter et ses crachats devenir plus abondants, sans qu'elle fût obligée d'interrompre son travail.

A trente-cinq ans, elle fit une maladie plus grave, qui lui fit garder le lit pendant plusieurs semaines, ayant plus d'oppression que d'habitude, et dont elle ne peut déterminer les autres caractères.

Depuis lors, la toux a toujours persisté, plus intense pendant l'hiver, moindre pendant l'été, mais sans jamais disparaître complétement, même pendant l'intervalle de quelques mois. Jamais, du reste, il n'y a eu de sang rejeté par la bouche. Déjà, l'hiver dernier (décembre 1847), Berton était entrée à l'infirmerie pour un redoublement de son rhume; la toux, fréquente et grasse, amenait une grande quantité de crachats muqueux, opaques, et, à l'auscultation, on avait constaté un gros râle humide dans toute la hauteur du côté gauche de la poitrine en arrière.

La malade sortit soulagée après dix jours de traitement, mais ce râle n'avait pas disparu, et le rhume se prolongea pendant toute la durée de la belle saison.

Dans les premiers jours de mai, il s'y joignit, sans cause connue, de nouveaux phénomènes morbides, développés graduellement et sans fièvre, et caractérisés par des troubles dans les fonctions digestives :

C'était un sentiment de gêne au cou, vers le milieu de sa hauteur, la sensation d'un obstacle au passage des aliments, sans alté-

ration de la voix; puis, quand la malade avait mangé, des éructations de gaz suivies du rejet d'une partie des aliments.

Ces phénomènes devenant plus prononcés de jour en jour, Berton rentre à l'infirmerie le 8 juillet 1848.

Son corps est amaigri, sa peau ridée, sans couleur; mais sa physionomie est assez bonne. Elle n'éprouve qu'une oppression modérée, très peu marquée pendant le repos, et sensible seulement pendant la marche. Une toux fréquente, grasse, non douloureuse, amène avec assez de facilité une quantité considérable (environ 150 à 160 grammes en vingt-quatre heures) de crachats formés de mucus opaque, d'un gris verdâtre, un peu puriforme et ne se dissolvant pas entièrement dans l'eau.

Le thorax est amaigri, très sonore à la percussion dans toute la partie antérieure, surtout à droite.

En arrière, il est également très sonore, à droite, principalement, depuis l'épine de l'omoplate jusqu'à la base.

A gauche, au contraire, le son est obscur dans toute la hauteur de la poitrine, et cette différence d'un côté à l'autre est surtout prononcée dans les parties inférieures.

A l'auscultation, du côté droit, en avant et en arrière, on constate un murmure respiratoire fort, un peu sec, sans aucun mélange de râle. Même caractère de la respiration derrière le sternum et dans la plus grande partie du côté gauche antérieurement ; en arrière, au contraire, on entend, dans toute la hauteur de ce côté de la poitrine, un râle muqueux très prononcé, un gargouillement très fort, très abondant, et à bulles d'autant plus grosses et plus éclatantes qu'on se rapproche davantage de la base du thorax. Ce râle diminue latéralement et se perd insensiblement vers les parties antérieure et supérieure de la poitrine. Il est permanent dans toute l'étendue indiquée, et ne laisse percevoir, dans les limites de sa circonscription, aucune trace de murmure vésiculaire. Nulle part, non plus, on n'entend de respiration caverneuse sans râle, et l'on ne constate aucun retentissement particulier de la voix, qui se perd au milieu du gargouillement.

La région précordiale n'est pas plus mate que dans l'état naturel, et les bruits du cœur, assez distinctement perçus, sont réguliers, sans altération de timbre, sans mélange de souffle.

Outre ces phénomènes, la malade éprouve un sentiment de gêne

douloureuse à la partie antérieure et moyenne du cou, et la sensation d'un obstacle qui aurait son siége au niveau de la partie inférieure du larynx. Cependant avec quelque soin que l'on explore le cou, on ne sent en aucun point du trajet de la portion cervicale de l'œsophage aucune tumeur appréciable. La déglutition est assez facile en ce sens que les aliments franchissent sans peine l'isthme du gosier; mais plus bas ils semblent éprouver une difficulté dans leur passage. Bientôt après surviennent des éructations de gaz, suivies de vomissements d'une partie des aliments à peine altérés.

L'appétit a persisté jusqu'à présent; il n'y a pas de soif anormale, et la langue est blanchâtre et humide. Aucune douleur au creux de l'estomac même sous la pression. La région épigastrique est déprimée; elle rend un son obscur à la percussion; mais on n'y constate aucune tumeur locale qui pourrait être prise pour une dégénérescence partielle de l'estomac. Tout le ventre est également déprimé, indolent.

Les selles sont rares; la peau est sèche, sans chaleur anormale et le pouls bat 75 à 80 fois par minute.

Prescription : *Gomme sucrée*, *eau de Vichy* 1/2 bouteille par jour, *julep diacodé*, potages, bouillons et quelques légers aliments solides.

Dans le courant de juillet : la toux, l'expectoration et les phénomènes stéthoscopiques restent les mêmes; mais les troubles des voies digestives augmentent et le passage des aliments à travers l'œsophage devient de plus en plus difficile. Plus tard, en août et septembre, la douleur du cou se calme et disparaît; le sentiment de gêne et d'obstacle à la déglutition diminue aussi d'une manière notable; mais les vomissements continuent et augmentent et la malade ne garde guère que du lait et des potages.

Cependant la toux persiste toujours, grasse, non douloureuse, et suivie d'une expectoration facile de crachats muqueux, opaques, d'un jaune verdâtre, et l'on retrouve à chaque examen le gros gargouillement noté plus haut dans tout le côté gauche et postérieur de la poitrine.

Jusque-là, malgré cette abondante sécrétion bronchique, malgré le rejet d'une grande partie de la nourriture, la malade se soutient dans un état à peu près stationnaire : l'amaigrissement a fait

peu de progrès, la physionomie ne s'est pas notablement altérée, et il n'est point survenu d'œdème aux extrémités. Quelques bains rendent momentanément à la peau un peu de sa souplesse; quelques doses de manne empêchent les matières alvines de s'accumuler par l'effet de la constipation. Une légère sensibilité survenue à l'épigastre a paru soulagée par l'application successive de plusieurs emplâtres saupoudrés de camphre, et, dans les premiers jours d'octobre, les éructations même semblaient un peu moins fréquentes.

Mais bientôt les accidents redoublent d'intensité; en vain on essaie de modérer les vomissements par des préparations calmantes et antispasmodiques, en vain on applique sur le creux de l'estomac des emplâtres de ciguë et d'opium, et l'on donne du lait pour toute nourriture.

Dans les derniers jours d'octobre, les vomissements deviennent plus fréquents et plus copieux; la malade rejette chaque jour une masse considérable de glaires filantes, mêlées d'une grande quantité de crachats muqueux et puriformes. L'appétit se perd; malgré l'usage journalier de lavements de bouillon, l'amaigrissement fait des progrès rapides; la peau devient de plus en plus sèche et terreuse, les traits s'altèrent profondément, les forces s'épuisent et la malade succombe dans le marasme, le 14 novembre à une heure du matin.

Autopsie faite soixante heures après la mort, par un temps frais de 8 à 10° centigrades.

Habitude extérieure. — Maigreur générale extrême; pas de traces de putréfaction. Rigidité cadavérique presque nulle.

Tête. — Peu d'infiltration dans la pie-mère; peu de liquide dans les ventricules; rien de particulier, du reste, à part la consistance un peu molle de la masse nerveuse encéphalique.

Poitrine. — En enlevant le sternum et les cartilages costaux, on voit que la plus grande partie du thorax est occupée par le poumon droit, dont le bord antérieur s'étend jusqu'au delà du bord gauche du sternum, et recouvre en partie la base du cœur; tandis que le poumon gauche ne remplit qu'en partie le côté correspondant de la poitrine et ne dépasse pas en avant une ligne verticale passant à 2 centimètres en dehors de l'union des côtes et des cartilages.

Appareil circulatoire. — Le *péricarde* contient peu de sérosité; il est lisse et libre d'adhérences. Le feuillet viscéral présente, sur la face antérieure du cœur, une plaque blanche, pseudo-membraneuse, de 5 à 6 centimètres d'étendue, de 1 millimètre d'épaisseur, et très adhérente à la membrane séreuse.

Le *cœur* lui-même est un peu diminué de volume; ses parois, un peu flasques, ont leur épaisseur ordinaire; les orifices sont libres; la valvule mitrale seule est légèrement épaissie, et l'aorte, un peu large, présente quelques lamelles crétacées au niveau de sa courbure.

Appareil respiratoire. — La *plèvre droite* offre quelques adhérences celluleuses, lâches, en dehors de la région mammaire.

Le *poumon* de ce côté est très volumineux, au point d'occuper, comme nous l'avons dit, la moitié droite du thorax et la partie antérieure de la moitié gauche. Il est d'un gris rosé, léger, distendu par de l'air, souple et résistant.

Les *bronches* sont à l'intérieur d'un rose pâle; la membrane muqueuse est fine, transparente, et ses ramifications vont graduellement en diminuant de diamètre.

Le *poumon gauche* n'occupe qu'une partie de ce côté de la poitrine, et son bord antérieur ne dépasse pas la région mammaire; il est maintenu dans cette position par l'adhérence des deux feuillets de la plèvre à l'aide d'un tissu cellulo-fibreux ancien, peu vasculaire. Enlevé avec la plèvre pariétale, il est assez long, mais aplati d'avant en arrière, de manière à n'avoir que la moitié de l'épaisseur du poumon droit. Il est flasque, nullement crépitant, et son tissu est dense, résistant, et n'offre plus la structure spongieuse du tissu pulmonaire. Cela tient à une dilatation universelle des bronches avec condensation du parenchyme qui les sépare. Ces conduits contiennent encore une quantité considérable de mucus coulant. Au lieu de se rétrécir en se subdivisant dans le poumon, ils s'élargissent, au contraire, en y pénétrant, tantôt sous forme de cylindres d'un diamètre irrégulièrement croissant, tantôt, et plus souvent, sous forme de renflements réguliers sphéroïdaux qui pourraient contenir depuis le volume d'un gros pois jusqu'à celui d'une noisette, d'une amande ou d'une noix. Quelques-uns même seraient capables de loger une petite pomme d'api. Ces dilatations se prolongent, en plusieurs points,

jusqu'à 3 ou 4 millimètres de la plèvre; elles occupent tous les rameaux bronchiques, depuis le sommet jusqu'à la base ; et c'est surtout en bas et en arrière qu'on trouve les cavités les plus grandes. Plusieurs d'entre elles communiquent ensemble ou se touchent de manière que leurs cloisons de séparation ne sont formées que par deux membranes muqueuses adossées l'une à l'autre avec interposition d'une couche très mince de tissu cellulo-fibreux. Dans quelques points, le tissu pulmonaire a ainsi presque disparu ; ailleurs, on le retrouve, mais fortement condensé, ferme et nullement crépitant. La membrane interne des cylindres dilatés et des ampoules est rougeâtre, un peu livide, en général lisse et polie, mais évidemment plus épaisse que celle des bronches saines. Dans deux cavités, l'une au sommet, l'autre à la base, cette membrane muqueuse est partiellement détruite sur une surface irrégulière de 2 à 4 centimètres et la paroi se trouve formée en ce point par le tissu pulmonaire très condensé, grisâtre dans la cavité de la base, et transformé dans celle du sommet en un tissu fibreux, rosé, résistant.

L'origine des artères et veines pulmonaires ne présente aucune lésion, mais, sur une coupe transversale du tissu du poumon, on ne voit que des orifices vasculaires très petits.

La bronche principale gauche est aussi large que la droite.

La *trachée-artère*, rouge inférieurement, pâlit en remontant vers le *larynx* ; sa membrane interne est partout lisse, fine et transparente.

Appareil digestif. — Le *pharynx* est rosé et laisse voir dans son intérieur un grand nombre de follicules.

L'*œsophage* est souple et libre dans son tiers supérieur ; mais au niveau de la sixième vertèbre dorsale, ses parois sont épaissies, indurées, et adhèrent en arrière à droite avec le corps de cette vertèbre, en avant avec la bifurcation de la trachée-artère, et à gauche avec l'aorte à un pouce au-dessous de l'origine de l'artère sous-clavière-gauche.

Son diamètre à partir du pharynx va en s'élargissant de haut en bas de manière à présenter 30 lignes de développement au-dessus de la portion malade. A ce niveau l'œsophage est rétréci dans une longueur d'environ 4 centimètres au point de laisser passer avec peine le doigt indicateur. Sur toute cette longueur, les pa-

rois du conduit sont profondément altérées et converties en un tissu mou, blanchâtre, pulpeux. La surface interne est inégale, offrant des bosselures séparées par des parties déprimées résultant du progrès de l'ulcération, de sorte que dans quelques points les parois n'ont plus que 1 millimètre d'épaisseur, tandis que cette épaisseur est de 5 à 6 lignes au niveau des bosselures.

Abdomen. — Les organes digestifs et leurs annexes, soigneusement examinés, ne présentent aucune lésion qui mérite d'être mentionnée : la rate est seulement d'une extrême petitesse. Les reins, la vessie, l'utérus ne présentent rien de pathologique.

Pour cette malade comme pour le sujet de la deuxième observation, le diagnostic ne fut pas un instant douteux. Nous avions seulement quelque peine à comprendre comment le gargouillement qui s'élevait en arrière jusqu'au sommet de la poitrine, n'avait pas lieu également à la partie antérieure. L'autopsie est venue donner l'explication de ce fait, en nous montrant le poumon atrophié recouvert en avant par le poumon sain considérablement augmenté de volume.

Matières contenues. — Les bronches dilatées contenaient une quantité plus ou moins considérable de mucus, rarement blanc, mousseux, le plus souvent jaune, verdâtre, puriforme, plusieurs fois rougeâtre, couleur lie de vin, et dans quelques cas exhalant une odeur fétide. En général, ce liquide était plus abondant lorsque les rameaux élargis affectaient la base des poumons.

Dans certains cas où les radicules bronchiques voisines de la surface pleurale, dilatées sous forme de petites ampoules, étaient distendues par du muco-pus, on pouvait les prendre pour des tubercules ; et à l'incision du poumon, elles avaient l'apparence de petits abcès parenchymateux. Mais en y regardant de plus près, il était facile de reconnaître des collections muco-purulentes dans des cavités communiquant toutes avec

Les orifices cardiaque et pylorique sont libres; plusieurs ganglions voisins sont gros et infiltrés de matière cancéreuse.

L'*intestin grêle* ne présente que quelques points légèrement congestionnés dans l'iléon.

Le *gros intestin* est sain dans toute son étendue ; le rectum est le siége de tumeurs hémorrhoïdales livides, du volume d'une noisette et formées par des dilatations variqueuses en ampoule dans lesquelles se trouvent de petits caillots sanguins noirâtres.

La *rate* est petite, d'une bonne consistance.

Le *foie*, de volume moyen, est ferme, légèrement congestionné.

Le *rein droit* contient deux calculs emprisonnés dans des calices élargis.

Tête. — Les capillaires des méninges sont légèrement congestionnés; les ventricules contiennent à peine un peu de sérosité, et la substance cérébrale est partout d'une bonne consistance.

Cette observation est très remarquable par l'étendue et l'intensité de la lésion principale, et l'on y trouve une concordance parfaite entre les symptômes et les altérations anatomiques de l'appareil respiratoire. Quelques-uns des phénomènes observés pendant la vie nous semblent cependant étrangers à la dilatation des bronches : tels sont la pâleur, la bouffissure de la face et l'œdème des extrémités qui trouvent leur explication dans la présence du cancer ulcéré de la petite courbure de l'estomac; cette dernière affection rend compte d'ailleurs du dépérissement des forces et réclame certainement la plus grande part dans la rapidité inattendue de la mort.

Forme de la dilatation. — La forme des dilatations bronchiques s'est montrée aussi très variable. Parfois, mais assez rarement (2), les canaux aériens au lieu de se rétrécir graduellement, comme dans l'état normal, conservaient leur diamètre, de telle sorte qu'elles présentaient encore quelques lignes de développement près de la surface du poumon.

Plus souvent, le diamètre interne des bronches allait

progressivement croissant jusqu'à une distance de 30 et même de 10 millimètres de la surface pleurale, puis se rétrécissait brusquement au delà (9).

Rarement les bronches présentaient dans leur trajet des dilatations suivies de rétrécissements et de dilatations nouvelles : deux fois seulement nous avons constaté cette disposition *en chapelet* d'une manière manifeste.

Le plus souvent la dilatation, et plus particulièrement celle des radicules bronchiques, affectait la forme dite en ampoule, et constituait des cavités *fusiformes* (4), ou irrégulièrement *sphéroïdes* (11).

Souvent encore les rameaux dilatés présentaient une disposition qui tenait à la fois de la forme cylindroïde et de la forme ampullaire, c'est-à-dire qu'après s'être progressivement élargis, ils se terminaient brusquement en cul-de-sac (7).

Origine des rameaux élargis. — Dans la forme cylindroïde, les bronches dilatées présentaient le plus souvent moins de largeur à leur origine que dans leur trajet; plusieurs fois même (3) nous avons constaté un rétrécissement plus ou moins marqué en deçà des portions dilatées : dans un cas, c'était une diminution notable de calibre due à une espèce de froncement avec saillie d'une concrétion ossiforme sous la membrane muqueuse; dans un autre, la bronche principale en deçà de la dilatation était rétrécie jusqu'au diamètre d'une plume d'oie, tandis que la bronche principale du côté sain laissait pénétrer le doigt dans son intérieur. Dans un troisième cas, la principale division bronchique, destinée au sommet du poumon droit, était complétement oblitérée à son origine. Tout le lobe supérieur était converti en un grand nombre de loges adossées les unes contre les autres, presque sans trace de tissu pulmonaire entre elles, et tapissées partout par une membrane rosée

les rameaux bronchiques voisins, et tapissées par une membrane lisse, rosée, manifestement continue avec la membrane muqueuse des bronches.

Sur deux sujets enfin, nous avons trouvé, dans les extrémités bronchiques dilatées, une matière sémi-concrète résultant du séjour prolongé et de la dessiccation d'une certaine quantité de mucus et qu'un examen superficiel aurait pu faire prendre pour de la matière tuberculeuse (voy. Obs. V).

Aspect de la surface interne des bronches. — La membrane muqueuse qui tapisse à l'intérieur les bronches affectées de dilatation morbide a été trouvée tantôt lisse et polie (12 : 15), tantôt finement grenue (3 : 15); quelquefois rose ou d'un rouge pâle (9 : 33), elle était le plus souvent (18 : 33) d'un rouge plus ou moins intense, quelquefois livide (4 : 33), ou d'une teinte grise ardoisée (2 : 33).

Dans l'un de ces derniers cas, le malade, enfant de sept ans et demi, avait une gangrène de la bouche, et, dans tous deux, la teinte grisâtre signalée, paraissait un effet cadavérique. Le plus ordinairement, la coloration morbide des bronches dilatées s'étendait le long des gros rameaux, en diminuant d'intensité, et se perdait insensiblement dans la trachée-artère.

La membrane interne des bronches apparaissait souvent, au premier coup d'œil, notablement épaissie dans les rameaux cylindriquement dilatés. — Dans les dilatations des ramuscules, la membrane muqueuse paraissait fine, translucide; mais beaucoup plus souvent (6 fois sur 7), elle était manifestement augmentée d'épaisseur et avait perdu sa transparence naturelle; et, dans le cas même où elle semblait mince, on constatait, en la comparant à la membrane interne des rameaux de même ordre non dilatés, qu'elle avait deux ou trois fois l'épaisseur normale.

Le plus ordinairement aussi (7 fois sur 8), elle était plus molle, plus friable. Chez deux malades (tous deux tuberculeux), elle présentait en plusieurs points une surface inégale, superficiellement ulcérée. Sur un autre poumon, elle était partiellement détruite dans deux cavités ampullaires, de manière qu'en ces points on voyait à nu le tissu pulmonaire condensé et d'apparence fibreuse (Obs. III).

Dans un seul cas, nous avons trouvé une pellicule pseudo-membraneuse déposée à l'intérieur d'une bronche dilatée; mais, à un examen attentif, nous avons fréquemment constaté, surtout dans les cavités ampullaires, une disposition remarquable consistant dans des espèces de stries irrégulièrement circulaires, sous forme de petites arêtes à peine saillantes, ayant toute l'apparence des fibres contractiles des bronches.

Le tissu cellulaire extérieur aux rameaux élargis était généralement hypertrophié, ce qui, ajouté à l'épaississement de la membrane muqueuse, donnait à leurs parois une épaisseur notablement plus grande que dans l'état normal. Ce tissu était quelquefois dense, ferme, comme fibreux. Plusieurs fois, enfin, nous avons constaté de petits points cartilagineux sur les bronches dilatées dans des divisions où il n'en existe plus normalement.

Trachée-artère et larynx. — Dans un certain nombre de cas, la rougeur des bronches s'étendait à la partie inférieure de la trachée-artère; plus rarement elle s'élevait jusqu'à sa partie supérieure; dans deux cas seulement on la retrouvait encore dans le larynx; mais sur aucun de ces malades nous n'avons rencontré d'ulcération du conduit laryngo-trachéal.

Aspect du poumon. — Pour peu que la dilatation fût prononcée, et en même temps étendue à un assez grand nombre de ramifications bronchiques, le poumon, siége de la lésion, était rapetissé de manière à ne plus remplir

la moitié du thorax, et généralement alors le poumon sain présentait un accroissement de volume plus ou moins considérable au point d'occuper les deux tiers et plus de la cavité thoracique (Obs. II et III). Dans les cas exceptionnels où, avec des lésions notables, le poumon conservait à peu près son volume, cela dépendait de la coexistence d'un emphysème plus ou moins prononcé. Sans cette condition, le poumon, comme nous l'avons dit, était amoindri à des degrés variables, et parfois réduit à la moitié et même au tiers du volume du poumon sain.

Dans la plupart des cas au moins (27 fois sur 30), la *partie*, qui était le siége de la lésion, présentait une diminution de volume due à une espèce de retrait du parenchyme pulmonaire : le lobe malade était mou, flasque, compacte, mais d'ordinaire résistant, et le tissu environnant les bronches dilatées, emphysémateux dans trois cas seulement, était le plus ordinairement revenu sur lui-même, condensé, plus pesant, moins aéré que dans l'état naturel, ayant quelquefois une certaine analogie avec le tissu de la matrice après l'accouchement; ferme et grisâtre, ardoisé ou infiltré de matière noire, et dans quelques cas induré de manière à crier sous le tranchant du scalpel. Chez quelques sujets, le parenchyme pulmonaire était notablement atrophié dans l'intervalle des dilatations, et, dans trois cas, le tissu vésiculaire comprimé entre les ampoules adossées les unes aux autres avait à peu près complétement disparu, de sorte qu'il ne restait plus qu'un assemblage de vacuoles, et ces portions du poumon, distendues par l'insufflation, ressemblaient à des espèces de kystes multiloculaires se dessinant en relief à la surface de l'organe.

L'observation IIe fournit de cette disposition un remarquable exemple.

Le fait suivant, que nous devons à l'obligeance de

M. le docteur Legendre, montre aussi les altérations profondes que peut subir le tissu des poumons affectés de la dilatation des bronches.

OBSERVATION IVe.

Au n° 4 de la salle Saint-Jean (hôpital des Enfants malades), est entré le 11 octobre 1841, le nommé Plé, âgé de sept ans et demi.

Ses parents jouissent d'une bonne santé, ne toussent pas habituellement, n'ont jamais craché de sang; ils n'offrent rien qui annonce chez eux l'existence d'une phthisie pulmonaire. Voici ce qu'ils nous racontent sur les antécédents de leur enfant :

Emmené en nourrice le lendemain de sa naissance, il contracta, au bout de quelques jours un rhume très violent. Trois semaines après le début de ce rhume, il commença à vomir les aliments et les bouillies grossières que sa nourrice lui donnait au lieu de le nourrir au sein. Repris par ses parents à l'âge de sept mois, il était alors maigre, chétif, ayant un gros ventre, vomissant tout ce qu'on lui donnait; les matières alimentaires étaient mélangées de matières glaireuses. La mère ne peut pas nous dire si à cette époque les vomissements étaient provoqués par de la toux. Malgré ces vomissements opiniâtres, l'enfant continua à se développer; il fit ses dents avec facilité et d'assez bonne heure et il marcha vers deux ans et demi.

La mère nous affirme à plusieurs reprises que ce fut seulement à partir de l'âge de trois ans et demi à quatre ans que cet enfant commença à rejeter des quantités considérables de suppuration; deux à trois fois par jour au plus, il était pris d'anxiété, de malaise, la face devenait très rouge; alors se manifestaient quelques secousses de toux qui provoquaient la sortie de quantités de pus plus considérables que celle qu'il rend habituellement depuis son entrée à l'hôpital; quand il y avait peu de temps que l'enfant venait de prendre des aliments, l'expectoration purulente qui venait par flots, provoquait le vomissement des matières contenues dans l'estomac. Après avoir rejeté au dehors ces accumulations de produits puriformes, l'enfant n'éprouvait plus ni anxiété, ni malaise; il reprenait un peu de gaieté et se remettait à manger quelques instants après.

Dans l'intervalle parfois assez prolongé des moments où le malade rendait ces quantités considérables de pus, il ne toussait nullement et ne crachait pas. Jamais il ne fut pris d'hémoptysie ; sa respiration restait toujours courte ; ne pouvant ni marcher très vite ni courir, il ne se livrait jamais aux jeux habituels aux enfants de son âge. Il avait la peau brûlante, mais surtout le soir ; la nuit il suait beaucoup en dormant. Cependant il avait toujours un appétit très vif, mangeait beaucoup et n'était pas sujet à la diarrhée. Il y a quelques années il eut la rougeole, qui fut légère et ne s'accompagna pas de symptômes graves, malgré l'état fâcheux où il se trouvait.

Depuis l'âge de trois ans et demi jusqu'à sept ans, époque de son entrée à l'hôpital, il reste à peu près toujours dans le même état, et malgré ces expectorations journalières si considérables, il grandit cependant, dans la même proportion que les autres enfants de son âge, offrant toujours un embonpoint moyen. A l'époque de son admission, on constate ce qui suit :

Enfant d'une taille et d'un embonpoint ordinaires pour son âge; cheveux bruns, ainsi que les yeux ; peau peu blanche et peu fine; la dernière phalange de tous les doigts est volumineuse, son diamètre antéro-postérieur l'emporte sur le transversal et les ongles sont recourbés : cette disposition fait que tous les doigts se terminent comme en massue (doigts hippocratiques). L'intelligence est bien développée; la face est sans injection; le matin, la température du corps est modérée et le pouls n'est qu'à 80 ; vers quatre à cinq heures du soir, les pommettes s'injectent fortement, la chaleur de la peau est vive, le pouls varie entre 116, 120, la respiration s'accélère, et, pendant la nuit, il transpire assez abondamment ; la langue est humide, sans rougeur, sans enduit ; l'haleine n'est nullement fétide ; l'appétit est vif, la soif est également vive le soir ; le ventre est assez volumineux ; il est sensible au niveau de l'hypochondre gauche ; le palper et la percussion font reconnaître que la rate a acquis une augmentation notable de volume : ainsi elle déborde de quatre travers de doigt le rebord des fausses côtes, et la percussion fait reconnaître également que cet organe remonte assez haut sous l'hypochondre gauche. Les parents de cet enfant nous assurent cependant qu'il n'a pas eu d'accès de fièvre intermittente. Il n'existe pas de diarrhée ; la respiration

est courte et augmente de fréquence le soir; au moment du paroxysme.

La percussion pratiquée des deux côtés de la poitrine donne les résultats suivants : à droite, la sonorité est normale en avant et en arrière; à gauche, sous la clavicule, le son est presque aussi clair qu'à droite; mais, en arrière, dans toute la hauteur de ce côté de la poitrine, il est complétement mat et à un degré prononcé.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est pur, dans tous les points du côté droit de la poitrine. A gauche, en avant sous la clavicule, on obtient les mêmes résultats qu'à droite, mais, en arrière, l'auscultation comme la percussion, donne des résultats tout à fait différents: ainsi, dans toute la hauteur de la région postérieure gauche de la poitrine, on entend une respiration caverneuse, mêlée de râle caverneux; la voix résonne avec force dans les mêmes points; la succussion ne donne lieu, non plus que la percussion, à aucun bruit particulier.

Prescription. — *Mauve édulcorée avec le sirop de gomme; julep gommeux; 1/4 de portion d'aliments.*

Pendant les premiers jours qui suivirent l'entrée de cet enfant à l'hôpital, nous n'observons pas de changement dans son état, seulement nous sommes présents plusieurs fois au moment où le petit malade est pris de son expectoration purulente qui ne manque presque jamais de se produire régulièrement tous les jours.

En général, deux ou trois heures après le repas de onze heures du matin, cet enfant ressent de l'anxiété, du malaise, sa figure exprime la souffrance, il se met alors sur son séant en ayant soin de se munir de son crachoir; puis au bout d'un quart d'heure à vingt minutes, il ressent quelques secousses de toux, suivies bientôt d'une expectoration purulente qui vient presque immédiatement par flots, et qui provoque les vomissements des matières contenues dans l'estomac.

Quand l'expectoration purulente se manifeste plus longtemps après le repas ou qu'elle se produit une seconde fois dans la nuit ou le matin de très bonne heure, alors elle ne s'accompagne pas de vomissements de substances alimentaires. Les matières rendues sont constituées par un liquide épais, opaque, grisâtre, lié, homogène, exhalant seulement l'odeur fade du pus. Ce liquide est sou-

vent mélangé d'aliments divers rejetés par le vomissement. La quantité de matières purulentes expectorée, emplit en entier ou au trois quarts un crachoir de 250 grammes de contenance; quand les mêmes phénomènes se reproduisent dans la nuit ou le matin, ce qui est le cas le plus ordinaire, alors le second crachoir n'est empli qu'à moitié. Une fois que l'expectoration purulente est terminée, l'enfant éprouve un grand soulagement et il se recouche tranquillement.

13 *Décembre.* — Pour tout changement on note que le malade maigrit notablement depuis une quinzaine de jours ; il a toujours un paroxysme le soir, avec sueurs pendant la nuit. *Même tisane; potion gommeuse avec sirop de quinquina*, 50 *grammes; 1/4 de portion d'aliments.*

31 *Décembre.*—L'amaigrissement continue à faire des progrès; depuis quelques jours s'est manifesté un dévoiement abondant. Tous les soirs vers les 7 heures, accélération du pouls et de la respiration, accroissement de la chaleur, sueurs copieuses pendant la nuit. Mêmes phénomènes à la percussion et à l'auscultation en arrière à gauche; en outre on constate aujourd'hui pour la première fois (il y avait plusieurs jours que cet enfant n'avait été ausculté) qu'il s'est développé sous la clavicule gauche un peu de matité accompagnée de respiration bronchique et de gros râle muqueux. *Décoction blanche ; diascordium 4 grammes en deux prises ; 1/2 lavement de lin et de pavot ; on supprime le sirop de quinquina. — 1/4 de portion.*

Du 31 décembre au 12 janvier, l'enfant va en s'affaiblissant de jour en jour; la maigreur est actuellement très grande et des escarrhes peu profondes encore existent en regard de la partie inférieure du sacrum. On remarque aujourd'hui que l'haleine est fétide, ce qui est dû à des ulcérations grisâtres qui se sont développées tout le long du bord libre des gencives; une ulcération également grisâtre, de deux centimètres d'étendue, existe à la face interne de la joue droite,et s'accompagne d'un gonflement œdémateux de la peau. L'appétit diminue, le dévoiement persiste, tous les soirs un mouvement fébrile a lieu suivi de sueurs pendant la nuit; la dyspnée est la même, l'expectoration purulente continue avec la même abondance et les mêmes caractères. *Décoction blanche; julep avec sirop de pavot*, 25 *grammes;*

chlorure de chaux sur les gencives et sur l'ulcération de la face interne de la joue ; gargarisme d'orge miellée ; une portion.

14. La gangrène du bord libre des gencives et de la face interne de la joue droite fait des progrès et attaque profondément les tissus ; l'halcine devient d'une fétidité excessive. *Eau vineuse ; sirop de quinquina* 30 *grammes ; chlorure de chaux sur les gencives ; bouillon.*

Cet enfant succombe enfin le 16 sans avoir présenté de nouveaux symptômes et meurt rapidement, sans agonie.

Autopsie faite trente-six heures après la mort.

Cadavre présentant un degré de maigreur très prononcée. La peau de la joue droite offre, près de la commissure, une teinte verdâtre de l'étendue environ d'une pièce de six francs; cette coloration correspond à la gangrène qui a envahi la face interne de la joue droite, et qui a converti en une eschare molle noirâtre la muqueuse buccale et la plus grande épaisseur des tissus qui constituent la joue. La gencive de la moitié droite de l'arcade alvéolaire inférieure est couvertie en un tissu pulpeux grisâtre exhalant une odeur très fétide; le rebord alvéolaire est en partie dénudé, et les dents déchaussées se détachent au moindre effort.

Cavité thoracique. — Des adhérences celluleuses assez lâches et faciles à déchirer unissent des deux côtés, mais surtout à gauche la surface des poumons à la plèvre costale.

Les nerfs pneumo-gastriques, dans toute l'étendue de leur trajet dans la poitrine, n'offrent aucune altération, celui du côté gauche est seulement un peu éloigné de la face interne du poumon par le gonflement des ganglions bronchiques. En effet, tout le long de la face interne du poumon gauche règne un chapelet de glandes lymphatiques variant, pour le volume, entre un haricot et une amende recouverte de son enveloppe ligneuse, les plus grosses se rencontrent de préférence au niveau du point où les bronches pénètrent dans le tissu pulmonaire. Ces ganglions, d'un gris rougeâtre à leur intérieur et un peu ramollis, ne renferment ni granulations grises, ni matière tuberculeuse à l'état cru ; bien que notamment augmentés de volume, ils n'ont altéré en rien le calibre des bronches de ce poumon à leur racine. Les glandes situées à la racine du poumon droit et celles que l'on rencontre

au-dessus de la bifurcation sont à peine augmentées de volume et ne présentent non plus la moindre dégénérescence tuberculeuse. C'est seulement à la partie inférieure et latérale droite de la trachée que l'on voit, au milieu d'une masse glanduleuse du volume d'une noix, deux ganglions complétement convertis en matière tuberculeuse à l'état cru.

Poumon gauche. Son lobe inférieur ne semble pas diminué de volume; il a 13 centimètres de hauteur sur 7 centimètres d'épaisseur à sa base. Il est tapissé d'une fausse membrane, mince, rougeâtre, bien organisée et parsemée d'arborisations vasculaires; cette membrane qui revêt ainsi la plèvre pulmonaire et lui adhère étroitement, peut s'enlever par lambeaux de trois à quatre centimètres d'étendue. Le lobe inférieur, qui est lourd, dur au toucher, sans la moindre apparence de vésicules, offre un peu l'aspect extérieur du rein. En l'incisant dans toute sa hauteur, on voit que cette portion du poumon gauche est convertie en un tissu rougeâtre, homogène, très lourd et très dense, ayant complétement perdu sa nature vésiculaire primitive, et offrant une consistance comme squirrheuse.

Le tissu pulmonaire ainsi altéré est en outre criblé d'aréoles d'étendue variable dont les plus petites pourraient loger un pois, tandis que les plus grandes, qui existent surtout à la base le long du bord postérieur de ce lobe, seraient capables d'admettre une grosse amande de noisette. Ces vacuoles sont remplies d'un liquide épais, visqueux, d'un jaune verdâtre, tout à fait semblable à celui qui était rendu pendant la vie. En les débarrassant de ce mucus purulent, on voit qu'elles sont tapissées par une membrane d'aspect un peu villeux, d'une couleur gris ardoisé, évidemment épaissie et pouvant s'enlever par lambeaux de quatre à cinq millimètres d'étendue; dans quelques points cette membrane a un aspect réticulé. Pour la couleur, la densité, la consistance ainsi que pour l'aspect aréolaire, nous ne saurions mieux faire que de comparer le parenchyme pulmonaire, ainsi altéré, au tissu utérin lorsqu'il est parcouru de sinus veineux.

En divisant les bronches de leur origine à leur terminaison, on constate que jusqu'à leur entrée dans le tissu pulmonaire et même jusqu'à leur première division elles n'offrent rien de remarquable; mais à partir de ce point, au lieu de diminuer par les divisions

successives qu'elles subissent, les bronches conservent le même calibre jusqu'à leur terminaison, et même dans quelques points ce diamètre paraît supérieur à celui de la bronche mère ; c'est ainsi que les dernières ramifications bronchiques ont jusqu'à deux centimètres de circonférence.

A leur extrémité les bronches se terminent par des culs-de-sac qui n'ont pas subi de dilatation ampullaire. Dans aucun point de leur trajet on ne voit non plus d'exemple de dilatation fusiforme.

Le lobe supérieur gauche presque aussi pesant que l'inférieur est loin d'être aussi dense et surtout d'avoir une cohésion aussi grande que lui; son tissu, bien que complétement privé d'air, offre cependant la structure lobulaire qui lui est propre. Une fois divisé, ce lobe ne présente plus les mêmes dilatations bronchiques ; il est bien parcouru par des rameaux dont les parois sont maintenues écartées en raison de la densité qu'a acquise le tissu de ce lobe; mais ces canaux pourraient admettre seulement une grosse plume de corbeau, tandis que celles du lobe inférieur pouvaient recevoir le bout du petit doigt. Le tissu de ce lobe supérieur est d'un gris rougeâtre; il est grenu à la coupe et assez friable, mais à un moindre degré que dans le cas d'hépatisation récente : nous devons noter qu'on ne rencontre ni dans le lobe inférieur, ni dans le supérieur, la moindre granulation grise demi-transparente, ni le plus petit tubercule à l'état cru.

Le *poumon droit* est souple, droit, crépitant, très léger ; toutefois vers le bord postérieur du lobe supérieur, on observe trois petits tubercules en partie crétacés, du volume d'un petit pois; on constate en outre la présence de quelques granulations grises demi-transparentes disséminées çà et là dans toute la hauteur de l'organe.

La muqueuse du tube digestif ne présente à noter aucune altération de couleur, de consistance, ni d'épaisseur. Le foie et les reins sont sains et ne contiennent pas de tubercules; il en est de même de la rate, bien qu'elle ait acquis un volume notable, et qu'elle soit plus dense que d'ordinaire : elle a douze centimètres de hauteur.

Les centres nerveux n'ont pas été examinés.

Lésions concomitantes de l'appareil pulmonaire. — Quant aux autres altérations dont les poumons étaient le siége, trois de nos observations étant muettes sur ce point, il

en reste quarante sur lesquelles deux fois il n'y avait d'appréciable que la dilatation des bronches. Les 38 autres présentaient une ou plusieurs lésions, telles que l'emphysème pulmonaire (11), la pneumonie (6), la pleuro-pneumonie avec épanchement (2), la pneumonie lobulaire (4), la splénisation (3), la congestion hypostatique (3), l'engouement œdémateux (4), l'apoplexie (1), la gangrène du tissu pulmonaire (3) et les tubercules (11); ces diverses altérations affectaient d'ailleurs plus souvent le poumon dilaté que le poumon sain dans la proportion de 48 à 22.

État des plèvres. — Notées exactement chez 30 de nos malades, deux fois seulement les plèvres étaient exemptes d'altérations morbides.

Dans deux autres cas, il y avait, du côté de la dilatation, pleurésie récente avec fausses membranes molles, déposées sur les feuillets séreux, et collection de sérosité dans la cavité pleurale; et chez l'un de ces malades le poumon gauche, où la dilatation bronchique était peu marquée, adhérait aux parois costales par l'intermédiaire d'une lame cellulo-fibreuse.

Tous les autres cas, au nombre de 26, présentaient, entre la plèvre costale et la plèvre pulmonaire, des adhérences plus ou moins étendues : chez l'un de ces malades les adhérences n'étaient que partielles, sur divers points des deux poumons affectés de dilatation; chez deux autres, elles étaient bornées au sommet tandis que la dilatation avait lieu dans le lobe inférieur; sur les 23 cas restants, les adhérences étaient universelles ou très étendues, le plus souvent serrées et intimes, constituées par une trame celluleuse, ou cellulo-fibreuse, formant quelquefois une coque épaisse et résistante.

Chez dix de ces 23 malades, les adhérences avaient lieu à la fois sur les deux poumons atteints de dilatations bronchiques; chez sept, elles occupaient le seul

poumon malade, et chez les six derniers, elles se trouvaient simultanément sur le poumon dilaté et sur le poumon sain. Pas une seule fois, au contraire, ces adhérences n'étaient bornées au poumon qui ne présentait pas de dilatation.

Ainsi donc, 26 malades sur 30, et d'après ce qui précède, un total de 36 poumons affectés de dilatations bronchiques, présentaient des vestiges de pleurésies antérieures laissant à leur suite des adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins intimes. Chez deux autres malades, il y avait pleurésie récente, et dans les deux seuls cas où la plèvre était libre, il y avait chez l'un une pneumonie lobulaire chronique des deux côtés affectés de dilatation, et chez l'autre, les bronches élargies dans le sommet du poumon étaient environnées d'un tissu dense et compacte.

Lésions accidentelles. — Parmi les diverses altérations morbides rencontrées simultanément dans d'autres parties du corps, nous mentionnons principalement 7 cas d'hypertrophie du cœur, 5 cas de rétrécissement des orifices aortique ou auriculo-ventriculaire gauche, et 3 cas d'adhérences du péricarde.

Quant aux autres organes, il est assez remarquable que sur quarante et quelques observations nous ayons trouvé huit affections cancéreuses, savoir : un cancer des côtes, un cancer du cæcum, un cancer de la vessie, trois cancers ulcérés de l'œsophage, et deux cancers de la petite courbure de l'estomac, dont je rapproche un ulcère chronique, perforant les parois de ce viscère et bouché par le pancréas.

Une seule de nos malades portait une masse de glandes tuberculeuses de chaque côté du cou ; elle était phthisique et n'avait qu'une dilatation très légère de quelques rameaux bronchiques du sommet du poumon gauche.

L'analyse que nous venons de faire est féconde en enseignements, et nous permet de construire, sur une base solide, la physiologie pathologique des dilatations des bronches : non-seulement elle nous met en état d'en établir exactement les caractères anatomiques, de les distinguer des cavernes tuberculeuses et des abcès du poumon ; mais elle nous fournit des inductions positives sur le mécanisme de leur production, et nous donne les moyens de déterminer quelles sont les conséquences et les dangers de cette disposition morbide, comme aussi de rechercher si elle est susceptible de guérison, dans quelles conditions une heureuse terminaison peut être obtenue et par quels moyens, enfin, l'art peut seconder les efforts de la nature.

Résumé des caractères anatomiques. — Plus souvent unilatérale, un peu plus fréquente à gauche qu'à droite, la dilatation des bronches peut occuper le sommet ou la base, ou toute la hauteur du poumon ; dans ce dernier cas, cependant, c'est généralement à la base que la lésion prédomine, et c'est à la base aussi que l'on rencontre le plus souvent les dilatations locales un peu prononcées.

Rarement bornée soit à un seul rameau, soit à un petit nombre de divisions bronchiques, elle s'étend le plus ordinairement à la plupart des ramifications d'un lobe, mais à des degrés plus ou moins prononcés.

Au lieu de diminuer graduellement de diamètre, comme dans l'état naturel, les bronches vont en s'élargissant de leur racine vers leurs extrémités ; rarement elles présentent sur leur trajet plusieurs renflements successifs ; mais souvent leurs radicules se dilatent brusquement en formes d'ampoules fusiformes ou sphéroïdes.

Parfois, on constate à l'origine des rameaux élargis un rétrécissement plus ou moins prononcé, et l'entrée

des ramuscules distendus en forme d'ampoule est souvent très étroite; à leur extrémité terminale, au contraire, les bronches dilatées se rétrécissent plus ou moins rapidement, parfois s'oblitèrent brusquement ou se terminent en culs-de-sac au delà desquels on ne reconnaît plus leur structure.

Quant à leur diamètre, ces rameaux élargis peuvent avoir jusqu'à 20 et 25 millimètres de circonférence à quelques centimètres de la surface du poumon, et les dilatations ampullaires présentent depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une olive, ou d'un petit œuf de poule.

Rarement vides, elles sont le plus souvent remplies d'un mucus puriforme, blanc, grisâtre ou de couleur de lie de vin et exhalant une odeur fade, parfois très fétide.

Tantôt lisse, tantôt finiment grenue, quelquefois rosée, plus souvent rouge ou livide, la membrane interne des bronches dilatées, quoiqu'elle conserve souvent une certaine transparence, est généralement épaissie, le plus communément ramollie, très rarement ulcérée; presque jamais on n'y trouve de fausse membrane comme dans les cavernes tuberculeuses; mais ce qui les distingue particulièrement, ce sont des espèces de stries irrégulièrement circulaires qui apparaissent plus ou moins distinctement sous la membrane interne, laquelle se continue d'ailleurs manifestement avec la membrane muqueuse des conduits aériens.

Dans les cas de dilatation un peu étendue et prononcée, le tissu intermédiaire aux bronches élargies est d'ordinaire flasque et compacte, mais résistant, et parfois même tellement atrophié qu'on en reconnaît à peine la structure, et cette disposition morbide peut être tellement avancée que le poumon, dans une certaine étendue, ne se compose plus que d'un assemblage de va-

cuoles adossées les unes aux autres, entre lesquelles on ne trouve plus de trace reconnaissable du parenchyme pulmonaire.

Dans presque tous les cas aussi, quel que soit le degré de la dilatation des bronches, on trouve le poumon malade adhérent à la plèvre costale par l'intermédiaire d'une trame cellulo-fibreuse, vestiges incontestables d'une pleurésie antécédente.

Assez souvent encore, le poumon présente, au niveau des bronches dilatées, des traces de pneumonie récente ou chronique, des pneumonies lobulaires plus ou moins anciennes, un état de splénisation ou d'engouement soit sanguin, soit œdémateux.

Il n'est pas rare, enfin, de trouver de l'emphysème, soit dans le poumon qui est le siége de la dilatation, soit dans le poumon du côté opposé, et celui-ci est souvent accru dans ses dimensions au point d'occuper les deux tiers de la cavité pectorale, tandis que le poumon malade est diminué de volume de manière, parfois, à ne plus remplir que le tiers ou la moitié de l'espace qu'il occupe dans l'état normal.

Diagnostic anatomique. — Au xcaractères dont nous venons de retracer le tableau succinct, les dilatations de bronches sont d'ordinaire faciles à reconnaître. Cependant on pourrait quelquefois les confondre soit avec des abcès du poumon, soit avec de petites cavernes tuberculeuses.

Nous avons vu plus haut que les dernières radicules bronchiques, distendues par du muco-pus, simulent quelquefois des collections purulentes, disséminées dans le parenchyme pulmonaire.

Mais d'abord, les *abcès du poumon* sont rares, et il est plus rare encore de les trouver nombreux, presque tous de même volume, et tous arrivés à l'état de suppu-

ration complète. Puis en y regardant avec un peu d'attention, on ne tarde pas à reconnaître la véritable nature de ces points puriformes; car, en incisant les bronches et en pressant le parenchyme pulmonaire, on voit sourdre du muco-pus identique avec celui des gros rameaux aériens par un grand nombre d'orifices qui tous communiquent dans des vacuoles parfaitement circonscrites et tapissées par une membrane mince, lisse, visiblement continue avec la membrane muqueuse des bronches.

Il est le plus souvent facile aussi, surtout quand elles ont leur siége à la base du poumon, de les distinguer des cavernes consécutives au ramollissement des tubercules. Celles-ci, en effet, sont généralement situées à la partie supérieure de l'organe, ou au sommet du lobe inférieur; mais les cavernes peuvent avoir exceptionlement leur siége à la base; les dilatations, au contraire, sont assez fréquentes dans le lobe supérieur, et l'erreur serait surtout possible, si, comme l'observation suivante en montre un frappant exemple, on trouvait dans le fond de plusieurs bronchioles dilatées du mucus desséché, et converti, par l'évaporation de ses parties les plus fluides, en une espèce de matière semi-concrète qui, au premier coup d'œil, a beaucoup d'analogie avec la matière tuberculeuse.

OBSERVATION V.

Le 31 août 1847, entre à l'Hôtel-Dieu Georges Kirchen, âgé de vingt-huit ans, tailleur, né dans le duché de Bade, en France depuis trois ans et demi, et habitant Paris depuis cinq mois environ.

Il y a deux ans, pendant l'hiver, il a fait une maladie assez grave qui dura trois semaines, caractérisée entre autres symptômes par des épistaxis et du dévoiement, et qui fut combattue par une saignée au bras et des ventouses scarifiées. A partir de cette époque, il est resté faible et sujet aux rhumes. Depuis deux mois il

est plus souffrant qu'à l'ordinaire ; cependant il travaillait encore le 12 août ; le 15 il entrait à l'Hôtel-Dieu annexe, et, après deux semaines de traitement et de repos, il en sortit le 30, se croyant assez fort pour reprendre son travail ; mais dès le lendemain il fut obligé de rentrer à l'hopital et fut admis à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Agnès, n° 1.

Le 1er septembre, à la visite, la physionomie du malade exprime un grand état de souffrance ; une oppression très grande l'oblige à rester assis dans son lit ; la face est injectée, la peau chaude, et le pouls bat cent soixante fois par minute.

La respiration est gênée, accélérée, quarante-quatre inspirations par minute ; l'haleine est fétide, la toux fréquente, suivie d'une expectoration abondante de crachats liquides, mucoso-purulents, fondus les uns dans les autres, et mêlés d'une mousse fine à la surface. Ces matières sont en quelque sorte expulsées directement des voies aériennes, sans le secours de l'expuition, et il en passe même quelques-uns par le nez. La poitrine est bombée en avant des deux côtés, sonore à la percussion, surtout en dedans du muscle grand pectoral, et l'on y entend des râles humides perçus même à distance.

En arrière, le thorax des deux côtés rend un son obscur au sommet, très sonore au contraire vers les parties moyennes et inférieures, et à l'auscultation, on constate un râle humide, prononcé dans les régions supérieures de la poitrine, et qui diminue et se perd à mesure qu'on se rapproche de la base. *Gomme, sirop de Tolu, pilule calmante, quelques aliments légers.*

2 septembre. L'oppression est un peu moindre, cependant l'orthopnée persiste. Le pouls est tombé à cent vingt, petit, un peu irrégulier; la peau est sèche, un peu moins brûlante; les matières expectorées, puriformes et fétides, ont rempli trois fois le crachoir, depuis vingt-quatre heures (450 grammes). Les phénomènes d'auscultation sont les mêmes et l'on constate toujours des râles humides en arrière au sommet, un peu plus prononcés à gauche qu'à droite.

La langue est rouge, et il y a eu trois évacuations alvines depuis hier.

Le 3 septembre, les crachats de muco-pus, toujours d'une extrême abondance, sont mêlés de crachats sanglants; l'orthopnée

persiste, l'haleine est toujours fétide et le pouls, très petit, est remonté à cent quarante pulsations par minute.

Le lendemain malgré les astringents pris à l'intérieur et les révulsifs sur les extrémités, le sang rejeté par la toux est plus abondant que la veille, le pouls bat cent cinquante-six fois par minute; aucune médication ne peut suspendre l'hémoptysie et le malade succombe le cinq, à six heures du matin.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Le thorax est bombé en avant; le diaphragme refoulé vers l'abdomen.

Les cavités du *cœur* sont distendues par des caillots noirâtres partiellement fibrineux. L'orifice auriculo-ventriculaire gauche est notablement rétréci: le doigt indicateur y pénètre avec peine. Les valvules aortiques sont légèrement épaissies.

Le *larynx* ne présente pas d'altération; la *trachée artère* est rouge-violacée à l'intérieur.

Les *plèvres* des deux côtés présentent des adhérences celluleuses serrées, presque universelles, traces d'anciennes pleurésies. Les *poumons* sont tous les deux gonflés, distendus, doux au toucher, moelleux, élastiques; et les vésicules sont distinctement gonflées d'air (emphysème). Leur tissu est souple, résistant, nulle part on ne trouve, ni tubercules crus, ni granulations tuberculeuses.

En incisant les bronches, on constate que les conduits qui se ramifient dans les parties supérieures des poumons, au lieu de diminuer graduellement de diamètre, en se rapprochant de la surface de l'organe, présentent des dilatations qui permettent d'y engager facilement le petit doigt. En plusieurs points, ces dilatations sont suivies d'un espace un peu rétréci, au-delà duquel les bronches s'élargissent de nouveau en présentant un renflement à leur extrémité.

La membrane muqueuse qui les tapisse à l'intérieur est lisse, polie, d'une teinte ardoisée. Leur cavité humectée de mucus puriforme, rougeâtre, est libre, du reste, si ce n'est à leur extrémité périphérique où l'on trouve en plusieurs points, et notamment vers les parties supérieures, les derniers renflements des bronches remplis d'une substance grisâtre, solide, constituée par du mucus concret et qui, au premier aspect, a beaucoup d'analogie avec la substance tuberculeuse à moitié ramollie.

Une disposition de ce genre, on le comprend, pourrait induire aisément en erreur, et rendrait, dans tous les cas, plus difficile la distinction entre entre les dilatations anévrysmatiques des bronches et les cavernes résultant de la fonte des tubercules pulmonaires.

Cependant il existe de notables différences entre ces deux espèces de cavités anormales, et si on les examine attentivement, après les avoir débarrassées de leur contenu, on ne tarde pas à en reconnaître le véritable caractère.

Les cavernes tuberculeuses, de grandeur généralement inégale entre elles, sont souvent très considérables, au point de pouvoir contenir un œuf de poule, une orange.

Les dilatations des extrémités bronchiques, de capacité souvent égale, dépassent rarement le volume d'une olive ou d'une petite cerise.

Les premières, de forme très irrégulière, anfractueuses, souvent traversées par des espèces de brides constituées par des vaisseaux sanguins oblitérés, communiquent parfois largement les unes avec les autres.

Les secondes, de forme sphéroïde, ne présentent jamais ces brides, et ne communiquent les unes avec les autres que par le rameau qui leur a donné naissance.

La surface interne des cavités tuberculeuses est souvent tapissée d'une espèce de fausse membrane, molle, pulpeuse, qu'on ne retrouve point dans les bronches dilatées.

Les parois des premières sont constituées par le tissu plus ou moins condensé du poumon lui-même, et les rameaux bronchiques, qui s'ouvrent dans leur intérieur, sont brusquement coupés à leur point d'immergence.

Les parois des secondes sont formées par une membrane mince, lisse, presque jamais ulcérée, mais partout continue et s'étendant sans interruption dans le ra-

meau bronchique dont la dilatation n'est qu'une sorte d'épanouissement; et sous cette membrane, on voit très souvent se dessiner des espèces de lignes ou d'arêtes irrégulièrement circulaires qu'on ne rencontre jamais dans les cavernes tuberculeuses.

Dans la dilatation des bronches, enfin, on ne retrouve ni au voisinage des cavités anormales, ni sur aucun point des voies aériennes, les ulcérations dont la phthisie pulmonaire présente de si nombreux exemples non-seulement sur les bronches voisines des cavités tuberculeuses, mais encore sur la trachée-artère, sur le larynx et sur l'épiglotte.

Étiologie.

L'analyse approfondie des caractères anatomiques des dilatations des bronches nous met à même de reconstruire, par une déduction logique, le mécanisme de leur formation, en spécifiant les conditions matérielles qui y concourent, et les actes physiologiques qui interviennent comme cause déterminante. Ces conditions nous semblent résider à la fois dans les bronches, dans le parenchyme pulmonaire et dans les plèvres.

A. *Dans les plèvres.* — L'influence des pleurésies antécédentes nous semble mise hors de doute par la coïncidence à peu près constante de ces adhérences plus ou moins étendues, plus ou moins intimes que nous avons décrites.

Quand la compression due à l'épanchement pleurétique est un peu prolongée, le poumon perd de son élasticité; puis les adhérences qui succèdent à l'absorption du liquide, lui enlèvent sa mobilité normale; et, par l'effet de cette double cause, ce viscère ne pouvant reprendre sa dimension première, les parois pectorales d'une part, tendent à se déprimer peu à peu; les bron-

ches; d'autre part, se laissent distendre sous la pression de dedans en dehors de l'air incessamment aspiré par les mouvements de la poitrine.

B. *Dans le tissu du poumon.* — Nous avons aussi trop souvent noté la coïncidence d'un état d'engouement chronique, de splénisation, d'hépatisation ou de pneumonie lobulaire plus ou moins ancienne, pour ne pas voir dans ces altérations du parenchyme pulmonaire une condition anatomique qui favorise la dilatation des bronches.

L'effet de ces divers états morbides, quand ils se prolongent, est de détruire l'expansibilité du parenchyme, et peut-être de lui donner, comme au tissu des cicatrices, une propriété rétractile qui tend à le faire revenir sur lui-même; et, dans ce cas encore, si les côtes ne se dépriment pas suffisamment, ce sont les bronches qui se dilatent.

C. *Dans les bronches.* — Les fréquentes inflammations des bronches tendent à détruire peu à peu la souplesse et l'élasticité de leur parois; et l'accumulation du mucus qui est versé en abondace dans leurs cavités, a pour effet de les élargir au delà du diamètre normal. Cet effet sera surtout sensible si, comme nous l'avons vu, il existe un rétrécissement dans une bronche principale d'où naissent plusieurs rameaux dilatés.

Que l'on suppose maintenant ces trois ordres de conditions réunies, par l'existence simultanée de la bronchite, de la pneumonie et de la pleurésie; pour peu que ces états morbides se prolongent au delà de leur durée habituelle, le poumon longtemps comprimé et altéré dans sa structure, tend à revenir sur lui-même; d'autre part, il est accolé aux parois pectorales par des adhérences solides, et si les côtes ont perdu leur flexibilité, de manière à ne pouvoir céder, le tissu pulmonaire est attiré sans cesse de dedans en dehors; enfin, les bron-

ches, souvent enflammées, perdant leur ressort, comme l'aorte chez les vieillards, se laissent d'autant plus facilement distendre sous l'influence du retrait du poumon et de son attraction vers la plèvre; cet effet se trouve encore accru par l'action mécanique des mucosités accumulées dans leur intérieur.

Une dernière influence, enfin, inhérente à l'acte de la respiration, c'est que si, l'air pénétrant au delà du mucus par une inspiration énergique, ne retraverse pas ce même mucus dans l'expiration, il s'échauffe derrière lui, et par là même il augmente de volume, et contribue à rendre la dilatation des rameaux bronchiques de plus en plus considérable.

Des conditions immédiates qui concourent à produire la dilatation des bronches, nous pouvons conclure aux circonstances étiologiques qui, agissant comme causes éloignées, en favorisent le développement.

Ces causes sont toutes celles qui tendent à faire naître les inflammations de l'appareil respiratoire, bronches, plèvres ou parenchyme pulmonaire; ce sont celles surtout qui ont pour effet d'en prolonger la durée, et notamment le retard ou l'insuffisance du traitement dirigé contre les états phegmasiques précités; c'est surtout, enfin, la répétition fréquente des catarrhes pulmonaires.

Comme causes prédisposantes, nous avons certaines constitutions molles, lymphatiques, et l'âge avancé qui a pour effet la perte du ressort et de l'élasticité des bronches.

En étudiant les faits au point de vue de l'*âge*, nous n'avons, sur 43 observations avec autopsie (qui sont les seules que nous analysons ici), que deux sujets au-dessous de 20 ans, puis le nombre grandit à mesure qu'on avance dans la vie, et nous en trouvons trois de

20 à 30 ans, trois de 30 à 40 ans, quatre de 40 à 50 ans, cinq de 50 à 60 ans, sept de 60 à 70 ans, et dix-neuf au delà.

Mais il faut rappeler que, à part une observation recueillie à l'hôpital des enfants (Obs IVe), les 42 autres ont été prises dans des hôpitaux d'adultes ou de vieillards, et que sur ce nombre, 25 proviennent de la Salpêtrière.

Remarquons aussi que si cette circonstance rend compte de la prédominance des sujets très âgés, parmi ceux dont nous rapportons l'analyse, elle ne détruit pas non plus l'influence de l'âge avancé, puisque 25 exemples de dilatation ont été trouvés, en six années, à la Salpêtrière, contre 18 observés sur une période de quatorze ans dans les hôpitaux d'adultes.

Nous devons ajouter toutefois que beaucoup de nos malades de la Salpêtrière toussaient depuis nombre d'années, et avaient probablement leur ditatation depuis longtemps quand elle a été anatomiquement constatée.

Nous croyons pouvoir dire en résumé que la dilatation des bronches peut se rencontrer à tous les âges de la vie : les observations de MM. Barthez et Rilliet démontrent qu'elle n'est pas rare dans l'enfance, et les faits que nous avons recueillis, comme ceux de Laënnec et d'Andral, prouvent qu'elle affecte toutes les périodes de l'âge adulte ; mais on la rencontre un peu plus souvent dans la vieillesse, par cette double raison qu'elle se produit plus facilement à cet âge où les bronches perdent peu à peu leur élasticité, où les phegmasies de l'appareil pulmonaire se résolvent plus lentement, et qu'on la constate souvent à cette période de la vie, longtemps après son développement, et comme conséquence éloignée de nombreux catarrhes antérieurs.

Quant à l'influence de l'*hérédité*, dans les cas, peu

nombreux, il est vrai, où cette question a été soigneusement étudiée, on a pu constater qu'il n'existait aucune prédisposition héréditaire manifeste. Il n'y a d'exception que pour deux malades nés d'une mère qui *avait l'haleine courte*, et l'une de ces deux malades était phthisique.

De ces résultats il est permis de conclure que les dispositions natives sont pour peu de chose dans la production de la dilatation des bronches, et que cet état morbide se développe sous l'influence de causes purement accidentelles.

Symptômes.

Décubitus. — L'attitude des malades a été trop rarement notée dans nos observations pour qu'il soit possible d'en tirer des résultats précis et de quelque valeur.

Plusieurs d'entre eux se couchaient de préférence sur le côte opposé à la dilatation des bronches. D'autres étaient obligés de conserver la position assise dans le lit; mais chez presque tous ceux-ci nous trouvons une complication à laquelle il y a lieu d'attribuer la plus grande part dans cette dernière attitude : c'était le plus souvent une coïcidence soit d'un emphysème pulmonaire, soit d'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux, soit, enfin, de quelque maladie aiguë du poumon ou de la plèvre. La plupart de ceux chez qui la dilatation des bronches existait sans complication, ne s'asseyaient dans leur lit que lors des quintes pour tousser et cracher plus facilement, et pouvaient garder une position plus ou moins horizontale dans les intervalles.

Douleur locale. — Beaucoup de nos malades avaient eu antérieurement des douleurs dans l'un ou l'autre côté de la poitrine, douleurs que l'on pouvait rapporter à ces pleurésies antécédentes dont nous avons si fréquemment rencontré les traces après la mort. Mais, à part un peu

de gêne dans le côté affecté, la plupart des malades n'accusaient, dans le temps où ils étaient soumis à notre observation, aucune douleur locale manifeste qu'on fût en droit d'attribuer à la dilatation des bronches ; et dans les cas assez rares où il est fait mention d'une douleur positive, celle-ci s'expliquait assez naturellement par l'existence d'une pleurésie ou d'une pneumonie incidente.

Dyspnée, oppression. — Sur 31 observations dans lesquelles ce phénomène a été exactement noté, les malades éprouvaient tous un certain degré d'oppression et de gêne pour respirer. Mais dans la grande majorité des cas (20), la dyspnée était modérée, ou ne devenait considérable que pendant les accès de toux; et quand il existait une anhélation prononcée et permanente, elle s'expliquait par l'influence d'une maladie concomitante habituelle (affection du cœur, dilatation de l'aorte, phthisie pulmonaire), ou par la complication d'une maladie aiguë de l'appareil respiratoire.

Voix. — Sur 21 sujets, pour lesquels nos observations mentionnent l'état de la voix, un seul a présenté une aphonie de courte durée, dépendant exclusivement d'un anévrysme de la courbure de l'aorte; chez un autre, la voix a subi une altération progressive, et est devenue très rauque et presque éteinte dans les derniers moments de la vie ; cet homme était atteint de phthisie pulmonaire avec cavernes ulcéreuses.

Toux. — A part sept cas de dilatation des bronches trouvée à l'autopsie, et dont les symptômes n'ont pas été consignés pendant la vie, chez tous nos malades sans exception (36), la toux était fréquente, revenant chez quelques-uns par accès suivis d'assez longs moments de repos. Cette toux était généralement grasse et humide, plus ou moins fatigante, mais rarement douloureuse, à

moins de coïncidence d'une affection aiguë de l'appareil pulmonaire.

Expectoration. — Si nous exceptons un petit nombre de malades qui avaient de la peine à évacuer les sécrétions des bronches, en raison du grand âge ou d'une notable dépression des forces due à quelque affection intercurrente, l'expectoration était ordinairement facile; chez quelques-uns le rejet des crachats se faisait par secousses de toux inégalement espacées; chez d'autres, l'expectoration avait lieu par périodes suivies de longs intervalles de calme, périodes plus ou moins prolongées, revenant une ou deux fois par jour, soit le matin, soit dans la soirée, ou bien quelques heures après le repas. Dans ces cas aussi l'évacuation des mucosités bronchiques s'annonçait quelquefois par un sentiment de bouillonnement dans la poitrine.

Chez quelques-uns de ces derniers malades surtout, les crachats arrivaient en abondance et comme par flots, et chez l'un d'entre eux, nous avons noté qu'il s'en échappait même par le nez (Obs. V).

C'est à tel point que, pour plusieurs, on aurait pu croire avoir affaire à une vomique ou collection purulente de la plèvre s'évacuant par les bronches; mais lors même que les crachats remontaient par masses, ils n'étaient jamais rejetés sans un effort d'expulsion plus ou moins bruyant, et dans aucun cas nous n'avons vu, comme dans les cas de vomique véritable, les matières s'écouler sous forme de jet purulent sans aucune secousse de toux, et par le seul fait d'une inclinaison du tronc, assez prononcée pour mettre la bouche dans une position plus déclive que la poitrine.

Matières expectorées. — Dans une seule de nos observations, les crachats étaient presque nuls, mais cela tenait à ce que le malade n'avait pas la force d'expecto-

rer; car au moment de l'autopsie nous trouvâmes les bronches dilatées remplies de mucus.

Chez la plupart de nos malades, au contraire, les produits de l'expectoration étaient copieux, et chez quelques-uns, d'une extrême abondance. Dans les cas où la quantité de crachats a été plus exactement appréciée, elle s'élevait de 150, 160 et 200 grammes par jour, jusqu'à 250 et même 450 grammes en vingt-quatre heures.

C'était le plus ordinairement des crachats muqueux, parfois mousseux à la surface, plus souvent opaques, d'un jaune verdâtre, dans la grande majorité des cas puriformes, ou tout à fait purulents.

Dans un cas ils étaient en même temps gluants et visqueux : il y avait pneumonie. Dans un autre, ils présentaient momentanément une teinte rouge amaranthe, puis la couleur de la litharge, et cela dépendait d'une exhalation sanguine due à la rupture d'un vaisseau sanguin. Chez un autre malade, ils étaient grisâtres, puis couleur chocolat : il y avait ramollissement noirâtre d'une portion de poumon.

Assez souvent, ils exhalaient une odeur fade; et deux fois ils étaient grisâtres, sales, dégageant une senteur nauséabonde, fétide : la dilatation des bronches était compliquée de gangrène pulmonaire.

Dans ces deux derniers cas aussi, l'haleine avait contracté une odeur gangréneuse.

Rarement isolés les uns des autres dans le crachoir, plus rarement encore pelotonnés et privés d'air (dans la plupart des cas de ce genre, il y avait en même temps des cavernes tuberculeuses), ils formaient le plus souvent une masse muco-puriforme presque homogène, mais toujours plus ou moins aérée.

Versés dans l'eau, assez souvent ils surnageaient en large nappe, ou descendaient en masse à une certaine profondeur, ne se dissolvant qu'en petite partie, en rai-

son de la combinaison intime du mucus et du pus, et ne plongeaient que très rarement sous forme de petits globules pelotonnés; par l'agitation, il s'en détachait des parcelles ténues et des filaments blanchâtres, nageant dans le liquide ou descendant lentement au fond du vase; mais presque jamais (dans les cas simples), on ne voyait des grumeaux opaques et lourds se précipiter au fond de l'eau.

Hémoptysie. — Sept de nos malades ont présenté des crachements de sang plus ou moins copieux. Assez abondante pour déterminer la mort chez deux d'entre eux, l'hémoptysie, plusieurs fois répétée chez un troisième malade, a pu être évaluée à plusieurs verres pleins dans une journée. Faible chez un quatrième, qui n'a craché que quelques cuillerées de sang au plus, elle a été chez les trois autres très peu abondante, ou constituée seulement par quelques stries sanguines de peu d'importance. Ajoutons que, pour le plus grand nombre de ces cas, on trouve la raison de l'hémoptysie dans une altération concomitante : ainsi, quatre de ces sept malades étaient phthisiques à des degrés divers; chez deux autres, le crachement de sang pouvait dépendre d'une hypertrophie du cœur chez l'un, d'un rétrécissement notable de l'orifice auriculo-ventriculaire chez le second. Pour le septième, enfin, de nos malades, l'observation mentionne « quelques crachements de sang très peu abondants, » et vu l'absence de détails circonstanciés, il est possible que la malade n'ait rejeté que quelques filets sanguins sans valeur aucune.

Inspection de la poitrine. — La conformation du thorax a été trop rarement notée avec exactitude, pour qu'il nous soit possible de tirer, sur ce point, des déductions très précises de nos observations. Cependant, l'analyse d'une dizaine de faits nous fournit quelques résultats qui ne sont pas sans valeur : ainsi, la poitrine, le plus

souvent amaigrie, ne présentait de voussure que lorsqu'une dilatation peu considérable des bronches était accompagnée d'un emphysème vésiculaire plus ou moins prononcé. Elle conservait sa conformation régulière, quand la lésion restait modérée, et sans complication d'aucun autre état pathologique des organes respiratoires. Plus souvent, enfin, le thorax présentait des dépressions partielles, correspondant à la portion du poumon dont les bronches étaient notablement élargies : la mesure de la circonférence des deux moitiés de la poitrine donnait, chez quelques malades, 1 et 2 centimètres de moins pour le côté malade ; et, dans un cas (Obs. II), où la dilatation des bronches occupait tout le poumon gauche, nous avons constaté un rétrécissement de tout le côté du thorax qui avait 6 centimètres de moins que le côté opposé.

Chez plusieurs malades aussi, atteints de bronchectasie un peu considérable, l'expansion des parois de la poitrine était plus ou moins notablement amoindrie.

Percussion. — La sonorité du thorax, dans les points correspondant aux bronches élargies, n'a été trouvée un peu considérable que dans les cas où la dilatation, modérée elle-même, était accompagnée d'emphysème du poumon. Parfois encore, elle était comparativement plus claire du côté de la dilatation, quand il y avait des tubercules ou des cavernes du côté opposé.

A part ces faits exceptionnels, pour peu que la lésion fût prononcée (19), le son était plus ou moins obscur, et trois fois nous l'avons trouvé presque mat. En général aussi, le degré d'obscurité du son était en rapport avec le degré d'atrophie ou de condensation du parenchyme pulmonaire, soit par le fait seul d'une dilatation extrême, soit par le concours du retrait des parois thoraciques, de la compression du poumon, et des indurations de son tissu consécutives à d'anciennes pneumonies incomplé-

tement guéries, soit, enfin, par la coïncidence d'une congestion sanguine, d'un engouement œdémateux, ou d'une pleuro-pneumonie de date encore récente.

Dans un cas de dilatation des bronches du lobe supérieur, la percussion a fait entendre, sous la clavicule, un son obscur, à timbre particulier, se rapprochant du *bruit de pot fêlé*, sans en présenter cependant le claquement caractéristique.

Auscultation. — Les altérations du bruit respiratoire, constatées par l'auscultation, variaient notablement, comme les dispositions matérielles des portions du système pulmonaire affectées de dilatation bronchique. Le *murmure vésiculaire* était, dans tous les cas, affaibli ou altéré dans son caractère, ou bien momentanément ou constamment masqué par divers bruits anormaux. Nous l'avons trouvé *affaibli* d'une manière permanente, sans mention de râles, sur deux malades, chez lesquels avait lieu un rétrécissement d'une bronche en deçà des rameaux dilatés. Il était faible également chez deux autres malades très âgés, qui ont présenté une espèce de condensation atrophique du parenchyme pulmonaire du sommet, condensation sénile dont nous avons rencontré de fréquents exemples à la Salpêtrière.

Le bruit respiratoire avait encore un certain degré de faiblesse ou de *sécheresse* dans plusieurs cas où la dilatation peu considérable des bronches était accompagnée d'un certain degré d'emphysème pulmonaire ; mais chez ces derniers malades, il s'y mêlait fréquemment des râles dus à la présence d'une quantité plus ou moins considérable de mucosités dans les voies aériennes.

Dans un seul cas, nous n'avons noté d'autre phénomène stéthoscopique qu'un *bruit d'expiration prolongée* qu'il est naturel d'attribuer, pour une grande part au moins, aux tubercules qui compliquaient la dilatation des bronches.

Dans un nombre de cas beaucoup plus considérable, le murmure vésiculaire faisait place à une *respiration forte*, *rude*, retentissante, ou prenait un *caractère tubaire* ou *broncho-caverneux* plus ou moins prononcé, et constituait parfois un *souffle caverneux* des plus intenses.

En général, le caractère plus ou moins caverneux du bruit respiratoire était proportionné à la largeur des dilatations des bronches, et chez plusieurs de nos malades, nous avons pu suivre la gradation des divers phénomènes notés plus haut, et constater qu'une respiration, d'abord seulement forte et rude, devenait successivement bronchique et caverneuse, à mesure que la maladie suivait sa marche croissante (Obs. VII).

Généralement aussi, l'intensité de ces bruits morbides était renforcée par la condensation du parenchyme pulmonaire environnant les bronches anévrysmatiques, soit par l'effet d'une induration chronique, soit par la complication d'une maladie aiguë intercurrente. Ainsi chez un de nos malades, une pneumonie, survenue dans le lobe du poumon affecté de dilatation des conduits aériens, donna momentanément un caractère bronchique plus aigu et plus intense à la respiration qui avait été jusque-là seulement creuse, et qui reprit son timbre grave et caverneux, à mesure que la diminution de la matité thoracique annonçait la résolution de la pneumonie.

Le plus souvent, le souffle morbide avait lieu dans les deux temps de la respiration. Chez un malade, cependant, affecté d'une dilatation considérable avec atrophie de tout le poumon (Obs. II), le murmure broncho-caverneux était surtout marqué dans l'expiration; pendant le temps de l'expansion pulmonaire, on entendait une inspiration brusque comme un *bruit de soupape*, due, sans doute, à l'obstacle qu'éprouvait l'air pour pénétrer dans ce poumon, et qui ne cédait qu'au moment de la plus grande dilatation possible du thorax.

Presque jamais les différentes espèces de respiration morbide n'existaient seules d'une manière un peu durable : dans la plupart des cas, il s'y mêlait, par intervalle, des *râles*, soit *sonores*, soit *surtout bulleux*, très variables de caractère et d'intensité. Souvent même, ces derniers masquaient momentanément tout autre bruit ; et, dans un assez grand nombre de cas, les râles étaient les seuls phénomènes perçus par l'auscultation. L'abondance et le volume de ces râles variaient selon la quantité de mucus accumulé dans les bronches, comme aussi selon l'étendue et l'ampleur des conduits aériens.

Dans deux cas seulement de dilatation peu considérable, dont l'observation a été, d'ailleurs, incomplétement recueillie, il n'est fait mention que de râles secs, sibilants et ronflants.

Dans tous les autres cas, nous avons constaté la présence de râles humides. Tantôt ils étaient mélangés de rhoncus sonores ; plus souvent ils étaient prédominants, ou existaient seuls, constitués par des bulles plus ou moins grosses, de manière à former des gradations progressives depuis le râle sous-crépitant à bulles fines et nombreuses jusqu'aux râles muqueux à grosses bulles, même jusqu'au gargouillement ou râle caverneux à bulles énormes, comme on les entend habituellement dans les larges excavations pulmonaires.

En général, la grosseur des bulles, constatées dans les derniers temps de la vie, était en rapport avec la largeur des dilatations rencontrées après la mort : ainsi, un mélange de râles sibilant et sous-crépitant signalait les dilatations légères ; le râle muqueux à bulles plus grosses appartenait aux dilatations moyennes du volume d'une petite olive ; c'était, enfin, un gargouillement à bulles énormes dans les dilatations capables de contenir une grosse noisette ou un œuf de pigeon.

Chez plusieurs de nos malades, l'oreille a pu suivre

cette progression : et là où nous constations d'abord des râles sonores et sous-crépitants, nous avions à noter ensuite du râle muqueux à bulles de jour en jour croissantes, et plus tard un gargouillement prononcé.

Permanents chez quelques malades, ces râles diminuaient par moments, disparaissaient même plus ou moins complétement après des quintes de toux qui avaient eu pour effet de vider les bronches des mucosités dont elles étaient obstruées.

Ajoutons que les râles humides n'étaient pas toujours bien caractérisés ; et les bulles, mal formées accidentellement ou d'une manière permanente, donnaient quelquefois lieu à un bruit anormal tenant à la fois du râle muqueux et du bruit de frottement.

Assez souvent aussi nous avons noté que les bulles éclatent brusquement dans l'inspiration, phénomène qui est, pour les râles humides, l'analogue de ce qu'est pour la respiration caverneuse le bruit de soupape mentionné plus haut.

Signalons encore un fait important au point de vue symptomatique, c'est que les divers bruits morbides que nous venons d'énumérer, quelquefois peu appréciables dans le premier moment d'attention, surtout quand les malades respiraient doucement, devenaient de plus en plus évidents à mesure que des inspirations plus amples faisaient pénétrer l'air plus profondément dans les bronches, ou bien ils reparaissaient dans toute leur intensité immédiatement après un effort de toux.

Dans quelques cas enfin de dilatation des gros rameaux voisins de la bronche principale, les bruits morbides perçus par l'auscultation, retentissaient avec le même caractère, mais avec une notable diminution d'intensité jusque dans le point correspondant du côté opposé de la poitrine. — L'observation suivante en fournit un exemple :

OBSERVATION VI.

Dilatation des bronches ; pneumonie chronique de forme insolite ; granulations tuberculeuses.

Marie Depardon, âgée de trente-cinq ans, lingère, bien constituée, d'un embonpoint moyen, a été réglée à treize ans ; après cette première apparition, les menstrues ne reparurent qu'un an plus tard, et, depuis lors, elles ont toujours été régulières, suspendues seulement pendant trois grossesses, terminées toutes les trois par un accouchement heureux.

Habituellement bien portante jusqu'alors, Marie Depardon a eu en 1852 une pleurésie gauche, pour laquelle plusieurs vésicatoires volants furent successivement appliqués sur ce côté de la poitrine. Après sept semaines de séjour à l'hôpital, la malade, souffrante encore, alla passer six mois à la campagne où elle acheva de se rétablir, et sa santé était redevenue assez bonne lorsqu'au mois d'août 1853, se déclara une toux qui a constamment persisté depuis lors, accompagnée d'une diminution graduelle des forces. Vers la fin de novembre, l'état de la malade s'aggrava notablement: faiblesse insolite, fièvre plus intense, perte de l'appétit et augmentation de la toux; à ces symptômes se joignit bientôt un point douloureux dans le côté droit de la poitrine, avec oppression et quelques palpitations de cœur. Traitée d'abord chez elle, la malade fut soumise à l'usage d'un sirop iodé et deux vésicatoires volants furent successivement appliqués sur la poitrine ; mais n'éprouvant pas de soulagement et ne pouvant se soigner convenablement dans le logement assez humide qu'elle habitait, elle se décida à entrer à l'hôpital Beaujon, où elle fut admise le 24 décembre 1853.

Le 25 au matin : expression de dyspnée et de souffrance, injection des pommettes, chaleur fébrile, pouls à cent trente pulsations par minute; oppression, parole anhélante, sans altération du timbre de la voix; toux fréquente, grasse; crachats abondants, catarrheux, mais gluants, et confondus en une masse un peu visqueuse. A l'examen de la poitrine on trouve: en avant, pas de déformation remarquable du thorax; sonorité moyenne à la percussion, aucune matité; quelques sifflements à l'auscultation, pas de râles humides;

en arrière, à gauche, sonorité dans toute la hauteur de la poitrine, un peu exagérée dans la fosse sous-épineuse; à droite, son normal dans les deux cinquièmes supérieurs, obscur dans les trois cinquièmes inférieurs, à peu près mat à la base. A l'auscultation, on constate du côté droit, une respiration bronchique, à timbre caverneux, mêlé d'un râle humide, à grosses bulles éclatantes; parfois des espèces de cris ou de gémissements comme on en perçoit dans les cavernes pulmonaires, avec bronchophonie forte, un peu chevrotante. Ces bruits ont leur maximum à l'angle inférieur de l'omoplate, et s'étendent en diminuant d'intensité, en bas jusque vers la base de la poitrine, en haut jusqu'au milieu de la fosse sous-épineuse; rien de pathologique au sommet de ce côté : pas de craquement, pas de retentissement exagéré de la voix. A gauche, pas de bruits anormaux soit au sommet, soit à la base; mais vers la racine des bronches, respiration bronchique entendue seulement dans l'expiration et dans un espace limité de cinq à six centimètres. Dans le même point, on perçoit un râle humide, à grosses bulles, moins fort, mais assez semblable à celui du côté droit.

Les *béchiques*, les *calmants*, les *expectorants*, les *révulsifs*, mis successivement en usage, ne procurèrent aucun amendement: le malaise et la fièvre persistent, le pouls variant de cent dix à cent vingt pulsations par minute; l'essouflement augmente, la voix faiblit, la toux fréquente et pénible amène des crachats à la fois visqueux et muco-purulents; pendant ce temps les résultats fournis par la percussion et l'auscultation sont à peu près les mêmes: à droite, on retrouve toujours avec plus ou moins de force la matité à la base en arrière, le souffle caverneux mêlé de gros gargouillements au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, et à gauche on constate à plusieurs reprises, vers le milieu de la hauteur du thorax, des bruits analogues, moins intenses il est vrai, mais souvent identiquement semblables pour le timbre et les intonations, aux bruits anormaux perçus du côté droit.

Dans les derniers jours de décembre, il survient de la diarrhée et des vomissements bilieux opiniâtres; l'oppression devient extrême : la malade reste assise dans son lit, la physionomie anxieuse; le fond du teint pâle, les pommettes colorées; la parole est entrecoupée par une toux incessante; le sommeil est impossible; des

sueurs nocturnes hâtent l'anéantissement des forces, et la mort vient mettre fin à cet état de souffrance dans la matinée du 7 janvier 1854.

Autopsie faite le lendemain , vingt-six heures après la mort :

Le corps n'est point amaigri et ne présente pas de traces de décomposition cadavérique.

Poitrine : — Le *péricarde* sain, libre d'adhérences, contient environ vingt-cinq à trente grammes de sérosité citrine. — Le *cœur* est de volume moyen, sans hypertrophie, ni amincissement de ses parois. Ses chairs sont fermes, les orifices libres, les valvules souples, à l'exception de la valvule mitrale qui est un peu plus épaisse et plus opaque que dans l'état naturel.

La *plèvre droite*, libre d'adhérences, contient environ quatre cents grammes de sérosité louche, un peu roussâtre; les deux feuillets sont partout revêtus de fausses membranes minces, légèrement colorées en rouge, récentes et faciles à détacher.

Les deux feuillets de la *plèvre gauche* adhèrent dans toute leur étendue au moyen de fausses membranes celluleuses et minces dans les parties supérieures, mais devenant de plus en plus épaisses vers la base où elles forment une lame cellulo-fibreuse de six à huit millimètres d'épaisseur.

Le *poumon gauche* est peu volumineux, son tissu souple partout se laisse cependant déchirer avec un peu de facilité vers le bord postérieur; le sommet contient quelques granulations tuberculeuses variant de volume, depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'un grain de millet.

Le *poumon droit* est souple dans toute l'étendue des lobes supérieur et moyen; le lobe inférieur est compacte comme dans l'hépatisation rouge confirmée; seulement sa couleur à la coupe est blanchâtre, d'un gris très pâle, granité de quelques points de matière noire pulmonaire; çà et là seulement on distingue quelques lobules plus rosés. C'est la couleur de la pneumonie suppurée, mais sans la mollesse de l'hépatisation grise : le tissu est sec, granuleux quand on le déchire; la pression n'en fait suinter aucune gouttelette de pus, et en raclant la surface d'une coupe avec un scalpel, on enlève un détritus concret, grumeleux. On dirait de la pneumonie avec dépôt fibrineux interstitiel abondant, lequel se serait complétement décoloré.

Sur les limites de ce tissu compacte, on voit au milieu d'un parenchyme plus souple, de petites granulations isolées, d'un blanc grisâtre, qui ont tous les caractères physiques des corpuscules tuberculeux miliaires. Vers le sommet, le poumon est parsemé de granulations plus grosses, manifestement tuberculeuses.

Les bronches du lobe inférieur sont pour la plupart évidemment élargies: cinq ou six ramifications de troisième ordre sont notablement dilatées et pourraient contenir une petite olive. Le rameau principal, plus large que les autres, présente une disposition fusiforme ovalaire, ayant sept lignes de développement à son origine, acquérant plus de quatorze lignes dans sa partie la plus large, et pouvant loger aisément un œuf de pigeon. Cette cavité, qui arrive assez près de la surface postérieure du poumon, est lisse à l'intérieur, sans anfractuosités, sans traces d'exsudation pseudo-membraneuse. La membrane qui la revêt est évidemment la membrane muqueuse bronchique, et se continue nettement avec la tunique interne des bronches saines; elle est rougeâtre, pâle, épaisse d'un millimètre, beaucoup moins transparente qu'à l'état normal, et présente un grand nombre de petites stries irrégulièrement circulaires, disposées en relief sous forme d'arêtes légèrement saillantes. Nulle part elle n'est ulcérée. Plusieurs rameaux voisins forment des renflements moitié moins considérables.

Les bronches du lobe moyen ne sont pas évidemment dilatées; celles du lobe supérieur ont leur diamètre habituel. Plusieurs ganglions bronchiques sont rouges et tuméfiés.

Dans le poumon gauche les premières divisions des bronches qui pénètrent dans le lobe inférieur sont un peu plus larges que d'habitude; mais ce qui est digne de remarque, c'est que les divers rameaux de ce lobe s'ouvrent très près les uns des autres et ceux du lobe supérieur s'ouvrent aussi un peu plus haut et presque tous dans un même point; de là résulte une espèce d'élargissement, une cavité non pathologique, mais due à une distribution insolite des conduits aériens et qui a dû contribuer à la production des phénomènes stéthoscopiques perçus de ce côté de la poitrine. La membrane interne des bronches gauches est lisse, rosée, fine et transparente.

La *trachée artère* semble un peu plus large qu'on ne la trouve d'ordinaire chez les femmes de cet âge. Sa membrane muqueuse

est peu rougeâtre à sa partie inférieure, mais partout lisse et polie. Le *larynx* est rose, sans aucune trace de lésion ; *pharynx* et *œsophage* sains.

L'estomac est blanchâtre à l'intérieur sans altération appréciable. *L'intestin grêle* ne présente rien de morbide. Dans le *gros intestin* la membrane muqueuse, un peu ramollie, se déchire avec facilité. La *rate* a son volume, sa couleur et sa consistance ordinaires. Le *foie* est gros, pâle et graisse légèrement mais évidemment le scalpel. Rien de pathologique dans *l'appareil urinaire*.

Auscultation de la voix et *de la toux*. — Chez plusieurs de nos malades qui présentaient des râles humides en permanence, le *retentissement de la voix* se perdait au milieu du gargouillement.

Dans les cas plus nombreux où les bruits de la respiration devenaient plus distincts après le rejet des mucosités, on constatait une *résonnance vocale* beaucoup *plus considérable* que dans l'état naturel.

C'était le plus ordinairement de la *bronchophonie* (ou voix tubaire), dans les dilatations cylindroïdes avec persistance du parenchyme pulmonaire, et un *retentissement* tout à fait *caverneux*, avec *pectoriloquie* plus ou moins manifeste, dans les cas où les dilatations en ampoule constituaient dans le poumon de larges cavités retentissantes.

La *toux caverneuse* ou *tubaire*, comme la voix, quand les bronches étaient vides, donnait lieu, dans le cas contraire, à un gargouillement prononcé.

Résumé des symptômes. — L'analyse que nous venons de faire, nous met à même de tracer succinctement le tableau symptomatologique de la dilatation des bronches.

A moins de coïncidence d'affection aiguë du poumon ou de la plèvre, il n'y a, en général, d'autre souffrance locale qu'un sentiment de gêne dans la région de la poitrine qui est le siége du mal.

Cette gêne augmente dans le décubitus sur le côté affecté : aussi les malades se couchent de préférence sur le côté sain. Dans les cas exempts de complication, ils peuvent garder une position plus ou moins horizontale, et ils ne se mettent, en général, sur leur séant, que pendant les quintes de toux pour cracher plus facilement.

L'oppression est le plus souvent modérée à moins d'une coïncidence, soit d'emphysème ou d'affection du cœur, soit d'une pleuro-pneumonie intercurrente.

La toux, ordinairement grasse et humide, rarement douloureuse, se répète avec plus ou moins de fréquence et revient souvent par quintes séparées par d'assez longs intervalles de repos.

L'expectoration, habituellement facile, a lieu tantôt par secousses rapprochées, tantôt par crises qui se répètent de distance en distance, et souvent les mucosités remontent comme par flots et sont rejetées presque sans efforts.

Les crachats, habituellement copieux, sont quelquefois si abondants qu'ils mesurent jusqu'à 300 et 450 grammes par jour. Le plus ordinairement muqueux, parfois mousseux à la surface, ils sont le plus souvent opaques, d'un jaune verdâtre, muco-puriformes, quelquefois tout à fait purulents, et dégagent une odeur fade ou fétide comme celle de l'haleine.

Rarement isolés, de forme nummulaire, plus rarement encore pelotonnés comme dans la phthisie pulmonaire tuberculeuse, ils forment communément une masse presque homogène, partiellement aérée, surnagent dans l'eau comme une nappe, ou s'y enfonçant comme un nuage pesant, mais se précipitant rarement au fond du vase.

La poitrine, assez souvent déprimée au niveau de la partie malade, parfois notablement rétrécie dans une moitié de sa circonférence, rend à la percussion un son

d'autant plus obscur que la dilatation bronchique est plus considérable et le poumon plus atrophié.

Le murmure vésiculaire est affaibli ou graduellement converti en une respiration rude, bronchique ou caverneuse, dont l'intensité et le caractère plus ou moins creux, sont proportionnés à la largeur des rameaux dilatés et au degré de condensation du parenchyme pulmonaire.

Rarement perçues d'une manière permanente, ces nuances du murmure respiratoire sont mélangées ou masquées par intervalle ou complétement remplacées par des râles muqueux d'autant plus gros que les dilatations sont plus évasées, constituant parfois un gargouillement caverneux à larges bulles comme dans les excavations tuberculeuses. Ces râles sont en général d'autant plus prononcés que les malades respirent plus largement, et ils acquièrent une grande intensité par les secousses de la toux qui résonne avec force dans les bronches dilatées.

Enfin, la voix produit au niveau des parties affectées un retentissement tubaire ou tout à fait caverneux.

Phénomènes généraux. — Quoique la dilatation des bronches ait eu, au moment où les malades étaient soumis à notre observation, une durée ordinairement déjà très longue, nous n'avons pas observé ce dépérissement qu'on retrouve dans les maladies chroniques diathésiques, notamment dans les affections organiques, comme le cancer ou la phthisie tuberculeuse.

Coloration de la face. — Resté frais ou conservé à l'état naturel chez le quart de nos malades, le teint était cependant plus souvent décoloré à des degrés divers ; mais il ne présentait une pâleur mate prononcée que chez cinq malades dont trois tuberculeux et deux autres atteints de cancer du tube digestif.

Il était pâle, jaunâtre ou terreux chez trois autres également affectés de cancer.

La figure était cyanosée chez quatre individus atteints tous les quatre d'affections organiques du cœur ou de l'aorte.

Enfin, la face était animée des couleurs de la fièvre chez plusieurs malades entrés à l'hôpital avec des affections fébriles aiguës qui les ont emportés.

Expression de la physionomie. — La figure n'avait une expression de souffrance prononcée que chez quatre malades dont deux tuberculeux, et deux autres atteints simultanément de pleuro-pneumonie ; elle exprimait une anxiété plus ou moins vive chez six individus, tous les six affectés de maladies du cœur ou de l'aorte ; ces caractères n'existaient plus quand la dilatation n'était accompagnée d'aucune affection compliquante, et chez neuf de nos malades, la physionomie conservait à peu près son expression naturelle.

Embonpoint. — A l'exception d'un petit nombre de sujets (5) pourvus d'un certain embonpoint, la plupart étaient amaigris à des degrés variables ; enfin, l'émaciation était prononcée chez 14 malades, dont 5 atteints simultanément de phthisie, 8 affectés de cancers ou ulcère chronique de l'estomac, et une vieille femme décrépite de quatre-vingt-trois ans et amaigrie par une pneumonie intercurrente.

Il résulte de ce qui précède, que la dilatation des bronches déterminait rarement, par elle seule, ce dépérissement général, ce cachet frappant d'une altération profonde et grave de l'économie ; et quand on constatait un air de cachexie un peu prononcée, il s'expliquait presque toujours par une affection diathésique telle que le cancer ou la phthisie tuberculeuse.

Fièvre. — Tant que la dilatation des bronches est restée exempte de complication de maladies aiguës, la

fièvre a été le plus souvent nulle : 6 malades seulement avaient un mouvement fébrile peu intense, caractérisé par une légère accélération du pouls et un peu de chaleur à la peau, surtout vers le soir, et 4 d'entre eux étaient atteints de tubercules.

Quatre de nos malades ont présenté une fièvre plus prononcée, mais seulement durant les deux ou trois jours qui ont précédé la mort.

Huit autres enfin ont eu la fièvre pendant presque tout leur séjour à l'hôpital ; mais tous étaient atteints de maladies inflammatoires, telles que la variole, la bronchite, la pneumonie ou la pleurésie aiguë.

On peut conclure de cette analyse que, dans la dilatation des bronches, la fièvre est le plus souvent légère ou nulle, et qu'elle ne devient intense que par le fait d'une maladie fébrile compliquante.

Sueurs. — Ce symptôme est rare dans la dilatation des bronches. Chez les deux tiers des malades, en effet, il n'y a pas eu de sueurs. Les transpirations ne sont positivement signalées que dans une petit nombre d'observations, et le plus souvent encore elles étaient modérées ou n'avaient lieu que dans les derniers jours de la vie. Enfin, les sueurs n'ont été abondantes que chez deux malades, tous les deux atteints de phthisie pulmonaire.

Vomissements. — Sur 8 de nos malades qui ont eu des vomissements, il en est 4 chez lesquels ce phénomène était évidemment sous la dépendance d'une affection organique de l'œsophage ou de l'estomac. Un autre, atteint de pneumonie compliquante, a eu quelques vomissements bilieux dans les derniers jours de la vie seulement ; il en est trois enfin qui ont eu des nausées et des vomissements de matières alimentaires principalement quand les quintes de toux se déclaraient peu de temps après les repas, et deux de ces malades étaient tuberculeux.

Diarrhée. — Signalée négativement dans la moitié de nos observations, la diarrhée a été formellement notée chez onze malades seulement. Mais parmi ceux-ci il en est cinq qui n'ont eu le dévoiement que dans les deux ou trois derniers jours de la vie, et ce symptôme pouvait se rattacher pour l'un à l'existence d'un ulcère du cardia, chez un autre à une complication de tubercules, et chez un troisième à l'emploi du kermès. Quant aux six autres malades qui ont eu de la diarrhée pendant un temps plus ou moins long, trois étaient atteints de cancers ulcérés de l'œsophage, de l'estomac et du cæcum; les trois autres étaient phthisiques. Ajoutons que dans un seul cas le dévoiement a été rebelle, incoercible, et c'était un de ces trois derniers malades qui avait dans le poumon droit plusieurs cavernes ulcéreuses.

Forces. — Plus ou moins déprimées chez 16 de nos malades parmi lesquels nous comptons 6 cancérés, 3 phthisiques, 2 emphysémateux, une femme de quatre-vingt-six ans et une autre plus jeune, mais portant un énorme kyste de l'ovaire, les forces s'étaient assez bien conservées chez un bon nombre de sujets et n'avaient subi chez les autres qu'une dépression modérée tant que la dilatation des bronches est restée exempte de toute complication de maladie fébrile.

Menstruation. — Sur six de nos malades qui seules étaient en âge d'être réglées, trois avaient conservé leurs menstrues jusqu'à la maladie aiguë qui les fit succomber. Une quatrième, qui mourut, à quarante-huit ans, avec une complication de tubercules, était restée réglée jusqu'à l'âge de quarante-sept ans. La cinquième, âgée de trente-neuf ans, n'avait été réglée qu'une fois depuis neuf mois; et la sixième avait cessé de voir ses règles depuis trois mois, quand elle succomba brusquement à un épanchement sanguin dans la moelle allongée.

Mais ces deux dernières étaient tuberculeuses; et pour

la quatrième, il est bien possible que la ménopause fût venue naturellement ou ait été un peu hâtée par les tubercules; d'où nous pouvons conclure que la dilatation des bronches n'exerce pas d'influence manifeste sur la menstruation.

Troubles de la circulation centrale. — Sur 33 de nos malades chez lesquels on a noté l'état du cœur pendant la vie ou après la mort, il en est 17 qui n'ont présenté ni trouble des fonctions circulatoires, ni altération matérielle du cœur.

Douze autres ont éprouvé des palpitations, ont présenté des signes de lésions organiques, tels que des bruits sourds ou irréguliers, des souffles à l'un ou à l'autre bruit cardiaque, de la cyanose ou de l'œdème aux membres inférieurs; et chez quatre autres, dont l'observation clinique est muette sur l'état du cœur, nous avons trouvé ce viscère augmenté de volume après la mort.

En considérant cette grande proportion de coïncidences des deux lésions, il est impossible de ne pas voir entre elles un rapport d'influence; et, s'il est permis de juger la question par quelques observations dans lesquelles l'ordre de succession des symptômes morbides est signalé avec des détails suffisants, on peut dire que c'est le plus souvent la dilatation des bronches qui donne lieu à une gêne de la circulation pulmonaire et consécutivement de la grande circulation sanguine.

Foie. — Sur 24 malades chez lesquels l'état du foie a été recherché soit pendant la vie, soit après la mort, 17 fois ce viscère ne dépassait pas inférieurement les fausses côtes, ou ne donnait lieu à aucune matité anormale. Chez 7 malades seulement les dimensions du foie étaient un peu augmentées, de manière que son bord inférieur pouvait être senti à travers les parois abdominales; et 2 fois seulement son tissu était en même temps graisseux, mais à un degré modéré. Trois de ces

sept cas d'hypertrophie (notamment les deux cas de foie gras), appartenaient à des sujets tuberculeux ; et sur les quatre autres il y avait un cancer de l'œsophage et un carcinôme de l'estomac et du foie dont les marrons cancéreux étaient distinctement appréciables à droite de l'épigastre.

Ces résultats démontrent que le catarrhe avec dilatation des bronches est loin d'exercer sur le foie une action analogue à celle de la phthisie, et nous verrons plus loin le parti qu'on peut tirer de ce rapprochement pour le diagnostic.

Marche, durée, terminaison.

Pour déterminer avec exactitude la marche et la durée de la dilatation des bronches, il aurait fallu posséder pour chaque malade des renseignements précis sur l'origine de cette affection morbide et sur les phases qu'elle avait parcourues jusqu'au moment où nous avons pu l'observer nous-même.

Or, ces données nous font souvent défaut, parce que beaucoup de nos malades sont entrés à l'hôpital pour une autre affection devenue dominante, et que la plupart d'entre eux étaient souffrants depuis un nombre d'années qui ne leur laissait pas de souvenirs précis sur les premiers phénomènes de leur maladie.

Cependant, à en juger par la méditation de quelques faits plus explicites, on peut dire qu'en général la dilatation des bronches paraît avoir commencé par des rhumes de nature souvent indéterminée, se rattachant, dans un bon nombre de cas, à un état phlegmasique des organes de la respiration.

En rappelant ensuite que nous avons vu très souvent un engouement pulmonaire et à peu près constamment des adhérences pleurétiques coïncider avec la dilatation,

nous trouvons dans ce fait la preuve indirecte que la maladie débute fréquemment par une bronchite persistant comme reliquat d'un état phlegmasique du poumon ou survenant comme épiphénomène dans le cours d'une pleurésie à résolution lente et incomplète. C'est ce que nous voyons évidemment dans plusieurs cas où le début de la maladie était assez récent pour nous permettre de reconnaître cette succession des faits à des signes encore sensibles lors de l'entrée des malades à l'hôpital.

C'est ce que nous avons pu constater plus nettement encore dans quelques-unes de nos observations de la deuxième catégorie que nous n'avons pas invoquées jusqu'à ce jour, et qui sont relatives à des malades chez lesquels l'existence de la dilatation des bronches nous paraît également certaine, quoiqu'elle n'ait pas été anatomiquement démontrée par l'autopsie (voir notamment les observations VIII et IX).

Ainsi donc les dilatations des bronches commencent le plus ordinairement par des catarrhes pulmonaires, rarement simples et idiopathiques, beaucoup plus souvent compliqués d'un engouement du poumon ou d'un épanchement pleurétique dont ils ont précédé, suivi ou accompagné le développement.

Entretenus par ces complications mêmes, négligés ou combattus par une médication insuffisante, ces catarrhes se prolongent bien au delà des limites de temps nécessaire pour la résolution des bronchites simples, et tendent le plus souvent à s'accroître et à se perpétuer jusqu'à ce qu'une affection intercurrente vienne précipiter la fin du malade.

Pendant les premiers temps de leur existence, ils présentent le plus ordinairement dans leur cours de notables variations d'intensité. Dans les cas peu nombreux, qui font exception àcette règle, la continuité des sym-

ptômes est généralement due à une affection concomitante : c'est ainsi que l'un de nos malades, chez qui le rhume a persisté sans interruption, et progressé sans amendement, depuis le début jusqu'à la mort, a présenté à l'autopsie une phthisie tuberculeuse avancée.

Dans la majorité des cas, au contraire, les catarrhes subissent d'abord des alternatives de rémissions et de recrudescences, s'améliorant pendant l'été pour s'aggraver de nouveau pendant l'hiver ; mais, en les suivant dans leur marche croissante, on voit peu à peu ces amendements diminuer et disparaître, et la maladie devenir continue, en ne présentant plus que des variations de peu d'importance dans l'intensité et la fréquence de la toux, comme dans l'abondance et la nature de la sécrétion morbide des bronches.

Devenue ainsi permanente, la maladie peut rester stationnaire, sans être incompatible avec une longue existence. Mais souvent aussi elle s'aggrave lentement par le développement d'autres affections morbides qui semblent en être une conséquence plus ou moins directe, plus ou moins évidente. Tels sont, en première ligne, l'emphysème pulmonaire et les maladies organiques du cœur, qui, dans nos observations, accompagnent si souvent la dilatation des bronches, et qui paraissent reconnaître pour cause les troubles apportés à la respiration et à la circulation du sang dans les poumons. Telles sont ensuite deux maladies cachectiques, la phthisie et le cancer, dont la coïncidence fréquente est également bien remarquable, puisque sur une quarantaine d'observations, nous trouvons jusqu'à onze tuberculeux, et huit individus affectés de carcinômes.

D'autres fois, la maladie est subitement aggravée par des affections aiguës intercurrentes, telles qu'une bronchite fébrile, diverses espèces de pneumonie, et la gan-

grène du poumon, maladies variées dont nos observations présentent aussi de nombreux exemples.

Ce sont le plus souvent ces complications qui engagent les malades à réclamer les secours de la médecine ; ce sont elles aussi qui, le plus ordinairement, précipitent le cours de l'affection principale, et, comme dans l'observation suivante, hâtent le terme de la vie.

OBSERVATION VIIe.

Demars (Jean-Baptiste), âgé de vingt-deux ans, perruquier, d'une taille moyenne, habituellement pâle et maigre, à Paris depuis un an, est admis à la Pitié, salle Saint-Paul, n° 8, service de M. Louis, le 11 août 1835.

La maladie qui l'amène à l'hôpital remonte à quinze mois. Avant cette époque, il jouissait d'une bonne santé ; à part quelques légers rhumes pendant l'hiver, il n'éprouvait ni dyspnée, ni douleur de poitrine ; il n'a point eu la coqueluche et n'a jamais craché de sang.

Il y a quinze mois, sans cause connue, sa maladie a débuté par une toux, suivie de crachats dès les premiers jours, sans douleur de côté ni fièvre. Cette toux persista malgré le repos et une médication d'ailleurs peu énergique, et, au bout de trois mois, elle s'accompagna d'amaigrissement. Arrivé à Paris vers cette époque, le malade reprit un peu d'embonpoint, mais il continua de tousser et malgré l'absence de diarrhée et de sueurs, il ne tarda pas à maigrir de nouveau.

Vers la fin de juillet dernier, il y a quinze ou vingt jours, son appétit diminue; il survient le soir des frissons suivis de chaleur et de sueurs et les accès de toux déterminent parfois des vomissements. Ces phénomènes se prolongeant avec quelques douleurs dans le dos, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

A son admission (11 août), il est pâle, amaigri. Il se couche ordinairement à droite, mais il se met sur le côté gauche pour avoir moins de toux. Aucune douleur thoracique, si ce n'est quelquefois entre les épaules; oppression modérée; toux assez fréquente, suivie de crachats mousseux, en partie opaques.

Pas de déformationa ppréciable de la poitrine.

En avant, le son rendu par la percussion est clair des deux côtés, et le bruit respiratoire naturel. En arrière, au contraire, son obscur à la base, et râle sous-crépitant dans le tiers inférieur des deux côtés. Plus haut, le retentissement de la voix est plus prononcé à droite qu'à gauche, sans autre particularité.

L'exploration du cœur et des carotides ne fait rien constater d'anormal. Il y a un léger mouvement fébrile le soir; l'appétit est diminué, la soif modérée.

On prescrit : *mauve édulc. sir. gomme*, —*pot. gom.*, — *lav. lin.* — *Trois soupes.*

Les jours suivants, même état local, mais amélioration générale et retour de l'appétit. On donne un peu plus d'aliments ; la mauve est remplacée par de la *tisane pectorale oxymêlée*, et l'on ajoute une *pilule d'opium* de 5 centigrammes.

Le 20 août, il n'y a plus de douleur à la poitrine; mais la toux persiste, fréquente surtout le matin et le soir, non douloureuse, et amenant avec facilité, chaque jour, environ cent vingt-cinq grammes de crachats muqueux, d'un jaune verdâtre, les uns mousseux et flottant à la surface, les autres plus opaques et plongeant dans un liquide blanc salivaire.

En avant, la poitrine est toujours sonore à la percussion et le murmure respiratoire sans altération évidente.

En arrière, le son, assez clair supérieurement, est obscur dans le tiers inférieur des deux côtés. Le bruit respiratoire, assez normal dans les parties supérieures, devient un peu rude dans la moitié inférieure, obscurci par intervalles par un mélange de râle sonore et sous-crépitant. On constate aussi des deux côtés une bronchophonie assez prononcée vers la racine des bronches, qui devient plus diffuse vers la base, et qui n'existe pas dans les fosses sus-épineuses.

Pas de palpitations ; rien d'anormal à la région du cœur. La fièvre a disparu ; pouls de force moyenne, régulier, cinquante-six pulsations par minute.

L'appétit est assez bon, la soif modérée, la langue est blanchâtre, humide. Le ventre est bien conformé, indolent partout. La région hypochondriaque droite est mate dans une hauteur de quatre pouces, mais le foie ne déborde pas les fausses côtes.

On continue l'usage des boissons pectorales, avec une potion

gommeuse et une pilule d'opium chaque jour, et le 25 on accorde la demi-portion d'aliments.

Dans les derniers jours d'août, l'état du malade change peu, mais la toux persiste ; l'expectoration est un peu plus difficile et les crachats diminuent de quantité sans changer d'aspect. En même temps, le bruit respiratoire prend un caractère de rudesse plus marquée avec prolongement de l'expiration et retentissement de la voix. Ces phénomènes s'étendent à toute la partie postérieure des deux côtés, plus prononcés à la base qu'aux sommets ; ils diminuent latéralement et se perdent vers les parties antérieures.

Dans les premiers jours de septembre, le malade est pris de coliques suivies de trois à quatre selles liquides en vingt-quatre heures. Cependant il continue de manger comme à l'ordinaire, mais l'ingestion des aliments donne lieu à un sentiment de plénitude, et l'abdomen, dur et tendu, rend un son légèrement tympanitique, surtout vers la fosse iliaque droite.

Le 7, il survient quelques vomissements bilieux, sans douleur à l'estomac; le 10, il s'y joint une épistaxis qui se répète les jours suivants à plusieurs reprises; la tête devient douloureuse; la fièvre se déclare, la figure s'injecte, la peau est chaude, sèche; le pouls s'élève de soixante-quatre à quatre-vingt-seize pulsations par minute, régulier, plein, résistant ; l'appétit diminue, les forces se dépriment, le sommeil se perd et le malade ne peut plus quitter le lit. Pendant ce temps la toux continue ; les crachats, peu abondants, sont muqueux, mousseux, blanchâtres, adhérents au fond du vase. La respiration prend un caractère bronchique de plus en plus marqué, à timbre creux, accompagné d'une expiration forte et prolongée, et d'un retentissement considérable de la voix. Toujours plus marqués vers la base qu'au sommet, ces bruits s'entendent en arrière des deux côtés, un peu plus intenses à droite qu'à gauche, et sont perçus légèrement jusqu'aux parties antérieures du thorax.

Le 17, une douleur se manifeste dans le côté droit de la poitrine, augmentant par la toux. Celle-ci devient plus fréquente, plus pénible, et les crachats forment une masse compacte, gluante, aérée.

Le 19, la douleur précitée résistant à l'application des cata-

plasmes et la fièvre ayant encore augmenté (108 pulsations par minute), on pratique une *saignée du bras* de 200 grammes, et l'on ne donne que du bouillon et un peu de lait pour aliments.

Le 21, pas d'amélioration ; deuxième *saignée* de 180 grammes, *emplâtre de savon* sur la poitrine.

Les jours suivants le dévoiement s'arrête, l'épigastre et l'abdomen sont indolents; la langue reste propre; mais la fièvre persiste, et la soif est toujours intense.

Pendant ce temps, les phénomènes morbides du côté de la poitrine augmentent : en arrière, le son est obscur des deux côtés, progressivement de haut en bas, presque mat vers les parties inférieures, surtout à droite. Des deux côtés on perçoit un râle muqueux à bulles très grosses, très variables, quelquefois très abondantes, parfois rares, et laissant alors entendre un bruit respiratoire creux, sombre, qui semble se perdre dans des tuyaux larges, mais souples, accompagné d'une bronchophonie extrême. Ces phénomènes, un peu plus marqués à droite qu'à gauche, sont toujours plus intenses à la base qu'au sommet. Ils diminuent latéralement; et, dans les régions antérieures du thorax, la respiration a le même caractère creux et sombre, mais à un degré moins prononcé et sans mélange de râles.

Plus tard des craquements humides sont perçus jusqu'en avant, tandis qu'en arrière le gargouillement entendu dans les deux temps de la respiration, s'étend à toute la hauteur de la poitrine.

Dans les premiers jours d'octobre, l'haleine devient fétide et les crachats, de plus en plus puriformes, exhalent une odeur fade. En même temps, l'amaigrissement fait des progrès plus rapides, la figure pâlit de plus en plus, et la physionomie s'altère.

Bientôt le dévoiement revient, une eschare se forme au sacrum, la respiration s'accélère (40 à 50 inspirations par minute), le pouls faiblit et se précipite (125), les forces s'épuisent, les voies respiratoires supérieures s'embarrassent, et le malade expire le 11 octobre, à six heures du soir.

Autopsie faite trente-neuf heures après la mort.

Habitude extérieure. — Maigreur prononcée. Région sous-claviculaire droite un peu plus déprimée que la gauche. Il y a aussi un peu moins de sonorité dans tout le côté droit que dans le côté gauche de la poitrine.

TÊTE. — État parfaitement sain de tous les organes contenus dans la cavité crânienne.

POITRINE. — Le *péricarde*, libre d'adhérences, contient environ 200 grammes de sérosité citrine et limpide. Le *cœur*, d'un volume médiocre, ne présente rien d'anormal dans ses différentes parties.

Les *plèvres* sont libres d'adhérences et contiennent chacune 160 à 200 grammes de sérosité citrine, légèrement rousse.

Les deux *poumons* sont de volume ordinaire. Marbrés de gris, de rose et de violet en avant, souples et légers le long du bord antérieur, ils sont plus foncés en arrière, plus compactes et plus pesants à mesure qu'on approche du bord postérieur et de la base. A l'intérieur, le parenchyme pulmonaire est souple et résistant en haut et en avant, et laisse écouler quand on le presse une assez grande quantité de sérosité spumeuse. Du côté droit on trouve de plus, disséminés dans ce tissu spongieux, quelques petits points plus denses et plus friables. A mesure qu'on se dirige en arrière et vers la base, on rencontre un nombre plus considérable de ces points opaques, d'un blanc jaunâtre, au milieu d'un parenchyme qui n'est pas visiblement grenu, mais qui est friable et facile à traverser avec le doigt.

Dans le poumon gauche ces points opaques n'existent pas en avant et en haut; mais on les retrouve en arrière, dans le lobe inférieur, plus multipliés vers la surface qu'au centre, plus nombreux aussi vers la base que vers le sommet, et le tissu qui les environne est également friable et facile à déchirer. La surface d'une coupe de ces parties des poumons présente un aspect marbré de rouge violacé, de gris et de jaune, résultant du mélange de ces grains opaques, jaunâtres, et du parenchyme pulmonaire altéré.

Les *bronches*, dans les deux poumons, sont très évidemment et très considérablement dilatées. Cette disposition commence aux gros rameaux et se continue dans leurs divisions jusqu'à une ou plusieurs lignes de la surface pleurale. Au lieu de diminuer graduellement de diamètre, comme dans l'état naturel, ces conduits vont en s'élargissant de leur origine vers la périphérie du poumon, puis se rétrécissent assez brusquement à leur extrémité.

La dilatation est plus marquée de chaque côté dans les parties

inférieures qu'au sommet, où elle est cependant très manifeste; elle est aussi un peu plus prononcée à droite qu'à gauche. Quelques tuyaux mesurés exactement dans l'un et l'autre lobe inférieur ont près de leur terminaison, c'est-à-dire à cinq ou six lignes de la surface du poumon, huit lignes de circonférence dans le gauche et neuf lignes dans le droit. La surface interne des bronches est d'un rouge assez intense, à teinte un peu briquetée, et cette coloration s'étend inférieurement dans quelques rameaux jusqu'à leur extrémité.

La membrane muqueuse est rouge, opaque, épaissie, ramollie et ne laisse enlever que des lambeaux de deux à trois lignes. Ces caractères se prolongent dans les ramifications, en diminuant d'intensité vers leur extrémité périphérique. Le tissu cellulaire sous-muqueux est également un peu plus épais que dans l'état naturel. Il en résulte un épaississement général très évident des parois de toutes les bronches dilatées; cet épaississement est en rapport avec le degré de la dilatation, et se retrouve jusque dans les gros rameaux aériens.

Au point de division de la bronche droite on voit quelques ganglions du volume d'une petite noix, rougeâtres, marbrés de noir.

La *trachée-artère* présente inférieurement une rougeur semblable à celle des bronches. La membrane muqueuse est également opaque et friable (lambeaux de deux à trois lignes). Ces caractères diminuent à mesure qu'on remonte vers le *larynx* où la membrane interne, devenue rosée, lisse, transparente, a repris sa cohésion naturelle. On ne rencontre, du reste, aucune ulcération dans aucun point des voies respiratoires.

Les six derniers anneaux de la trachée-artère sont friables et incomplétement ossifiés; les supérieurs ont conservé leur souplesse et leur élasticité habituelles.

Le corps thyroïde est volumineux, bosselé, le lobe droit beaucoup plus considérable que le gauche; tous deux sont altérés dans leur structure, et formés par un assemblage de grains de volume variable, opaques ou demi-transparents, et qui laissent suinter à la pression une matière de consistance sirupeuse analogue aux gommes du cerisier. Cette matière est contenue d'une infinité de petits kystes variant depuis la grosseur d'un grain de millet jusqu'à

celle d'un pois. Du côté droit, deux de ces kystes ont le volume d'une noisette et renferment une grande quantité de ce fluide transparent, collant au doigt, et semblable à une térébenthine légèrement brunie.

ABDOMEN. — Les organes digestifs présentent des lésions importantes que nous ne ferons que résumer comme étrangères au sujet que nous traitons.

L'*intestin grêle* offre, dans ses deux tiers inférieurs, un grand nombre de plaques de Peyer d'autant plus malades qu'on les examine plus bas; d'abord aréolées, peu saillantes, puis rouges, gonflées, ramollies et enfin ulcérées plus ou moins largement. En même temps, les *ganglions mésentériques* sont engorgés et la *rate* est volumineuse. Le *foie* est dans son état normal.

Rien de particulier du côté des organes génito-urinaires.

Il est aisé de conclure de ce qui précède, que la *durée* de la dilatation des bronches est extrêmement variable, qu'elle peut être courte ou se prolonger indéfiniment, selon l'étendue et le degré de la dilatation, selon le nombre et la gravité des affections complicantes.

Dans la pratique, le temps depuis lequel dure la maladie n'est pas toujours facile à déterminer, en raison de la difficulté que l'on a d'en préciser le début. Cet obstacle est cause que nous ne pouvons fixer d'une manière exacte la durée comparative de la dilatation bronchique dans nos 43 observations terminées par la mort. On ne peut effectivement en juger par le séjour des malades à l'hôpital, puisque sur 41, il en est 8 seulement qui sont restés plus de deux mois dans nos salles. Il faut donc chercher ailleurs les éléments capables d'établir cette approximation sur des bases un peu certaines.

En faisant remonter la dilatation à l'époque où les rhumes se sont continués presque sans interruption, on trouve, pour la plupart des cas, une durée considérable. En effet, sur 32 malades, pour lesquels l'origine du mal a pu être fixée avec quelque précision, il en est 7 seule-

ment chez lesquels la dilatation remontait à moins d'une année, et chez tous les sept la vie a été abrégée par des affections intercurrentes graves. Chez 4, la maladie durait de un à deux ans; chez 5, elle existait depuis deux à cinq ans, lors de leur entrée à l'hôpital ; chez 3 autres, elle datait de cinq à dix ans; chez 6, elle remontait à dix-huit, vingt-trois, vingt-sept, trente-quatre, trente-cinq et quarante ans; chez les 7 derniers, enfin, elle avait lieu depuis un *nombre d'années* que les observations ne précisent pas exactement.

Les résultats de cette analyse prouvent, comme nous l'avons dit, que la dilatation des bronches est une maladie généralement de longue durée, et qui peut se prolonger indéfiniment, à moins qu'une maladie intercurrente ne vienne en hâter la fin. Il est rare, en effet, que la mort survienne par le seul fait de la dilatation des bronches : puisque sur 43 malades il n'en est pas un seul qui ait succombé uniquement au catarrhe avec dilatation et à ses conséquences immédiates. Chez tous, au contraire, il y a eu des maladies complicantes, qui réclament la plus grande part dans la terminaison funeste, et chez un assez grand nombre la mort a été déterminée, sans aucun doute, par une maladie étrangère.

C'est ainsi que dix fois l'issue malheureuse a eu pour cause des pneumonies dont 7 lobaires et 3 lobulaires ; cinq fois elle a été hâtée par un état de congestion, d'engouement ou de splénisation plus ou moins étendu, avec ou sans complication d'œdème pulmonaire; trois fois par la gangrène du poumon, et trois fois par la pleurésie avec épanchement, compliquée ou non d'une phlegmasie parenchymateuse. Deux fois la vie a été brusquement tranchée par une hémoptysie mortelle qui, dans un cas, dépendait de l'ulcération d'un gros vaisseau ouvert dans une vaste caverne (obs. XI[e]), et dans l'autre, était la conséquence d'une maladie grave du cœur avec ré-

trécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche (obs. Ve).

Deuxfois la terminaison fatale a été hâtée par une affection organique du cœur, ici avec apoplexie pulmonaire, là compliquée d'un triple épanchement dans le péricarde et les deux plèvres. — Dans un autre cas encore la malade a succombé aux ravages combinés d'une hypertrophie du cœur droit et de tubercules pulmonaires à divers degrés, état grave terminé par une pneumonie ultime (obs. Ire).

Deux fois la mort a été causée par les progrès d'une phthisie avancée.

D'autres malades ont été emportés par une méningite subaiguë, une méningo-encéphalite avec ramollissement de la surface du cerveau; par une hémorrhagie de la moelle allongée; par une gangrène de la bouche; par une albuminurie; par une colite; par une péritonite consécutive à la rupture d'un kyste ovarique. Dans sept cas enfin, la mort a été due aux progrès incessants d'affections cancéreuses de divers organes, parmi lesquelles trois squirrhes de l'œsophage et deux carcinomes ulcérés de l'estomac dont je rapproche un cas d'ulcère chronique compliqué d'anévrysme de l'aorte.

Mais, nous le répétons, on ne jugerait pas exactement de la dilatation des bronches, considérée au point de vue de sa marche et surtout de ses *terminaisons*, en ne s'appuyant que sur les faits de notre premier groupe suivis de mort, et il faut nécessairement faire intervenir ici un deuxième groupe de faits concernant des malades qui vivent encore aujourd'hui.

Eh bien ! chez plusieurs la maladie a cessé de faire des progrès et reste stationnaire depuis un certain nombre d'années (obs. XIIIe); chez d'autres elle s'est amendée d'une manière évidente, et chez quelques-uns même,

comme dans le cas suivant, nous avons pu constater une amélioration d'abord inespérée.

OBSERVATION VIIIe.

M. Fl..., âgé de quinze ans, né d'un père très petit de taille, est lui-même peu développé pour son âge ; mais il est assez bien constitué du reste et n'a hérité d'aucune disposition à la phthisie.

Bien portant pendant les dix premières années de sa vie, il n'a pas eu la coqueluche et n'était point sujet à s'enrhumer.

Depuis cinq ans seulement, il éprouve assez souvent des troubles gastriques, caractérisés par un développement exagéré de gaz et d'acidités, et qui cèdent habituellement à l'usage de la magnésie et du bicarbonate de soude.

En juillet 1853, étant déjà mal portant, il alla rejoindre son père à Plombières, et là il tomba plus malade ; les médecins qui lui donnèrent leurs soins reconnurent une pleurésie avec épanchement du côté droit. A son retour à Paris, l'épanchement persistait encore ; et malgré le traitement employé, le liquide ne diminua qu'avec beaucoup de lenteur. Vers le mois de mai 1854, il survint de la toux, suivie de crachats, et l'auscultation fit constater dans la fosse sous-épineuse droite des râles humides qui constituèrent peu à peu un rhonchus à grosses bulles, accompagné de respiration caverneuse.

Cependant, au milieu de ces accidents du côté des voies respiratoires, et malgré des retours assez fréquents des troubles gastriques mentionnés plus haut, l'état général du petit malade se soutenait ; il s'améliora même vers la fin de l'été. Au mois de novembre 1854, les phénomènes locaux avaient eux-mêmes diminué d'étendue et d'intensité, et M. Roger ne constatait plus qu'une respiration rude, des craquements humides et une légère matité dans la fosse sous-épineuse.

Malgré cet amendement des symptômes morbides, on jugea utile de faire passer au petit malade les mois d'hiver à Pau, et l'été suivant il fit une saison aux Eaux-Bonnes.

A son retour des Pyrénées, les râles à grosses bulles n'avaient point disparu, et le 12 août, réuni en consultation avec notre excellent ami, nous constations les phénomènes suivants :

L'expression de la physionomie est bonne, l'embonpoint est moyen, et le visage, sans être très coloré, ne présente pas la pâleur mate des phthisiques. Le petit malade ne tousse guère que le matin, et rejette des crachats opaques de muco-pus qui surnagent dans l'eau; il a peu d'oppression et peut courir et se livrer aux jeux de son âge. La poitrine est légèrement dilatée à droite, et cette dilatation est sensible en avant et en arrière du thorax.

A la partie antérieure, le son rendu par la percussion est à peu près égal des deux côtés; mais, en dehors du mamelon droit, on perçoit déjà par l'auscultation quelques bulles de râle humide. En arrière, le son est moindre dans la partie inférieure droite ; dans la même région, immédiatement au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, on constate un gargouillement avec respiration caverneuse faible dans les inspirations ordinaires; mais, à mesure que le malade respire avec plus de force et d'ampleur, l'air semble pénétrer plus profondément, et l'on entend une respiration caverneuse intense, avec râle à grosses bulles éclatantes et retentissement prononcé de la voix.

Ces caractères stéthoscopiques, rapprochés de la succession des symptômes locaux et du peu de gravité des phénomènes généraux, ne nous laissèrent aucun doute sur l'existence d'une dilatation des bronches avec sécrétion puriforme devenue momentanément plus abondante; et la certitude de ce diagnostic, fondée sur la conformité de ce fait avec ceux en grand nombre dont nous avions été témoin jusqu'alors, s'est confirmée chaque jour davantage par la marche ultérieure de la maladie.

En effet, sous l'influence de quelques préparations pectorales, balsamiques, de fumigations émollientes et de légers toniques aidés du séjour à la campagne et d'une bonne nourriture, la toux s'est calmée, l'expectoration a diminué, les crachats sont devenus presque nuls; l'état général est resté satisfaisant, l'embonpoint s'est maintenu au même état ,et les phénomènes stéthoscopiques ont de nouveau perdu de leur intensité. A la date du 31 octobre, M. Roger constate bien encore un son un peu plus obscur à la base du côté droit de la poitrine, mais le souffle caverneux est plus limité, et le gros râle humide ne s'entend plus que pendant la toux.

La respiration est normale dans la partie supérieure du côté droit et dans tout le reste de la poitrine.

Ce fait et plusieurs autres que nous pourrions rapporter démontrent que la dilatation des bronches ne marche pas toujours et fatalement en progressant, et qu'elle peut au contraire s'amender d'une manière notable.

Est-elle susceptible de guérison? — Au premier abord on est disposé à en douter; on conçoit difficilement, en effet, que des bronches élargies puissent revenir à leur diamètre normal, surtout lorsqu'une distension considérable leur a fait perdre leur ressort et leur contractilité; lorsque le tissu pulmonaire, interposé entre elles, est devenu dense et compacte, et que la membrane muqueuse, chroniquement enflammée, sécrète incessamment des flots de muco-pus qui séjournent dans les conduits dilatés et contribuent à les distendre.

Mais quand la maladie est de date encore récente; quand la dilatation est modérée, étendue à un petit nombre de rameaux bronchiques, on conçoit que les efforts de la nature, aidés de l'art, puissent amener peu à peu la guérison par la diminution des crachats, par le rétablissement de la souplesse du parenchyme pulmonaire et par le retrait graduel des parois des bronches.

L'observation suivante en est un remarquable exemple:

OBSERVATION IX°.

Tacconi (Joseph), âgé de soixante-sept ans, fumiste, d'une taille élevée, mais assez maigre de corps, entre à l'hôpital Beaujon le 10 juin 1855. Originaire du canton du Tésin, il a quitté son pays, il y a six ans, pour venir habiter Paris. Né de parents très forts, morts tous deux dans un âge avancé, il avait trois frères et quatre sœurs qu'il a tous perdus; mais aucun ne paraît avoir succombé à des maladies de poitrine, et le malade affirme que dans sa famille il n'y a jamais eu d'*étisie*, suivant son expression.

Bien constitué lui-même, il était, avant sa maladie actuelle, d'un embonpoint moyen, assez coloré de figure et bien conservé pour son âge. Habituellement bien portant, il n'a été, jusqu'à présent, que deux fois sérieusement malade : la première fois, il y a environ vingt-huit ans, d'une affection fébrile aiguë, appelée par son médecin fièvre gastrique ; la deuxième fois, il y a seize à dix-huit ans, d'un coup de pied de cheval sur la partie inférieure du sternum, qui le lança à une certaine distance. Les suites de cet accident le retinrent environ un mois alité, mais il ne peut dire s'il a toussé beaucoup, s'il a craché du sang. Traité au moyen d'emplâtres qui firent venir un grand nombre de boutons sur le point contusionné, il se rétablit de ce coup et n'en ressentit par la suite aucun inconvénient. Outre cela, il était jadis assez sujet à s'enrhumer, et il a eu plusieurs fois dans le cours de sa vie des bronchites qui duraient de six semaines à deux mois sans fièvre et sans interruption de son travail ; mais il n'avait pas eu de rhume notable depuis huit ou dix ans, lorsque, dans les premiers jours de mai 1855, il a été pris d'oppression et de toux, sans douleur de côté et sans être obligé de s'aliter. A mesure que le rhume se prolonge, la dyspnée augmente, l'appétit diminue, le malade maigrit, pâlit, perd ses forces et peut à peine se rendre à pied à l'hôpital, où il est admis le 10 juin, environ deux mois après le début des premiers symptômes.

Le 11 au matin, le malade est pâle, maigre ; la fièvre est peu intense, l'oppression modérée, la toux assez fréquente avec expectoration assez abondante de crachats muqueux, opaques.

Dans la pensée d'une bronchite avec sécrétion muco-purulente, on prescrit : *tisane pectorale*, *potion diacodée* avec 15 *grammes de sirop de tolu*, une portion d'aliments.

Le lendemain, à l'examen de la poitrine, un son obscur rendu par la percussion à la base gauche en arrière, et des râles humides bornés à la même région, révèlent un état de bronchite locale avec engouement pulmonaire ; on prescrit alors un *julep au kermès* et un *vésicatoire volant camphré* sur le côté malade.

Les jours suivants, aucun phénomène nouveau. On continue le kermès, remplacé, au bout de quelques jours, par de simples *juleps diacodés*.

Cependant le malade ne se rétablit pas ; sa toux persiste, ses

crachats sont toujours abondants, opaques ; il n'a de sommeil la nuit que grâce à une pilule de cynoglosse, et, quoiqu'il mange deux et quelquefois trois portions d'aliments, il reste maigre, pâle et sans forces.

Le 3 juillet, un nouvel examen fait avec soin, dans le but de s'assurer de la cause de cet état stationnaire, fait constater ce qui suit :

Le malade est couché sur le dos ; la poitrine est amaigrie, le sternum présente à sa partie inférieure une large dépression en forme de godet ; les clavicules sont saillantes, les creux sus-claviculaires plus prononcés que les dépressions sous-claviculaires.

Les parois de la poitrine se dilatent également à droite et à gauche ; la percussion donne sous les clavicules un son moyen, égal des deux côtés ; plus bas et latéralement, la sonorité devient un peu moindre à gauche.

Le bruit respiratoire est peu doux, peu moelleux sous l'une et l'autre clavicule ; il y a un peu de bruit d'expiration sans trace de craquements.

En arrière à droite, la poitrine est sonore à la percussion dans toute la hauteur ; à gauche, elle est à peu près également sonore dans la moitié supérieure ; mais à 3 centimètres de l'angle inférieur de l'omoplate, le son devient évidemment moins intense et reste notablement obscur jusqu'à la base.

A droite, la respiration est peu moelleuse au sommet, avec un très léger bruit d'expiration et un retentissement assez fort de la voix ; à la base on entend quelques bulles humides peu prononcées. A gauche, au sommet, on perçoit aussi une très légère expiration prolongée, sans retentissement anormal de la voix, sans traces de craquements. A partir du milieu de la poitrine jusqu'à la base, on constate une respiration caverneuse manifeste, mêlée d'un gargouillement à grosses bulles et un retentissement caverneux prononcé de la voix. Ces phénomènes ont leur maximum au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate.

Les bruits du cœur sont réguliers, sans mélange de bruit anormal.

La toux est encore assez fréquente, et les crachats, rendus en assez grande abondance (50 à 60 grammes en vingt-quatre heures), sont épais, jaunes, en grande partie pelotonnés, et plongent pres-

que tous sous l'eau. La voix est un peu grave et voilée, mais sans raucité manifeste ; l'oppression, modérée dans l'état de repos, augmente par la marche et tout mouvement qui exige quelque effort; le malade ne ressent pas de douleur, mais il éprouve encore un sentiment de malaise à gauche et ne peut se coucher de ce côté sans accroître son oppression.

On continue la *tisane pectorale*, un *julep* avec 15 *grammes de sirop de tolu*, une *pilule de cynoglosse*, et deux portions d'aliments.

Le 4 juillet, le malade a rejeté quelques crachats de sang rouge; et, à plusieurs reprises dans le courant de ce mois, les crachats sont teints de sang et contiennent des masses opaques, isolées, rougies, et nageant dans un liquide également coloré par du sang.

L'examen de la poitrine, répété de temps en temps, fait chaque fois constater, en arrière à gauche, le son obscur, le souffle caverneux, le gros gargouillement et le retentissement caverneux de la voix signalés plus haut.

Le malade, toujours toussant et crachant, reste pâle, maigre, et dans un état de dépérissement qui inspire des inquiétudes.

Cependant l'absence de dévoiement et de sueurs copieuses soutient les espérances.

Peu à peu, sous l'influence des béchiques, des balsamiques et de quelques préparations calmantes, aidés d'une bonne nourriture, d'un peu de bon vin et d'un grand repos, l'état du malade s'améliore insensiblement. L'auscultation, pratiquée à plusieurs reprises dans le courant du mois d'août, ne laisse entendre, au premier moment, qu'une très légère respiration soufflante; mais aussitôt qu'on fait tousser le malade, on retrouve encore une respiration broncho-caverneuse prononcée. En même temps les crachats diminuent un peu de quantité; mais ils restent épais, pelotonnés, et plongent à peu près complétement au fond de l'eau.

Dans le courant de septembre, l'amélioration survenue le mois précédent se soutient et fait des progrès. La toux est moins fréquente, les crachats diminuent de quantité, le malade reprend un peu de mine et d'embonpoint; ses forces reviennent, il s'occupe du service de la salle, monte les escaliers sans difficulté, et peut,

sans excès de fatigue, porter de chaque main un seau rempli d'eau de la cour au premier étage.

La respiration broncho-caverneuse devient de moins en moins évidente, puis cesse de se faire entendre même après la toux ; vers le milieu de septembre on ne retrouve plus qu'une expiration un peu forte et creuse, quelques râles sous-crépitants à bulles moyennes et un peu de retentissement exagéré de la voix.

Le 19 septembre, à la partie antérieure de la poitrine, le son rendu par la percussion est normal, sans différence appréciable, d'un côté à l'autre ; on ne retrouve plus de traces de la matité signalée, le 3 juillet, en dehors du mamelon gauche, et l'on ne constate aucune altération notable du bruit respiratoire.

En arrière, la sonorité est égale des deux côtés dans les parties supérieures, et l'on trouve à peine une nuance en moins dans le tiers inférieur gauche. La respiration, un peu moins douce au sommet droit, ne présente aucune autre altération sensible; à l'angle inférieur de l'omoplate gauche seulement, on constate encore une respiration un peu forte et rude, mêlée, dans certaines inspirations, de quelques bulles humides de petit volume, et un léger reste de retentissement exagéré de la voix.

Les crachats, examinés de nouveau dans l'eau, forment une masse muqueuse qui reste suspendue dans le liquide, et ne laissent plus détacher de parcelles opaques plongeant au fond du vase.

A l'emploi du julep ou sirop de tolu continué jusqu'à ce jour, on ajoute l'usage des *pilules de goudron* prises à doses progressivement croissantes, jusqu'à dix par vingt-quatre heures. Ces pilules sont constamment bien digérées.

Le malade mange de bon appétit trois portions par jour, et reprend un peu d'embonpoint. Les forces se rétablissent, la figure reprend ses couleurs naturelles ; la toux elle-même devient de plus en plus rare; les crachats diminuent insensiblement de quantité et sont presque nuls vers le milieu d'octobre. En auscultant à plusieurs reprises encore, on retrouve à peine une très minime différence de sonorité en moins du côté gauche, à peine quelques vestiges de rudesse du bruit respiratoire à la base gauche, et l'on n'entend plus que quelques rares bulles de râle sous-crépitant. En un mot, le malade, entièrement rétabli, était à la veille de quitter l'hôpital, lorsque, le 14 octobre, une chute sur le grand

trochanter donna lieu à une fracture du col du fémur qui le fit transporter dans une salle de chirurgie.

Cette observation présente, sous plusieurs rapports, un grand intérêt au double point de vue de la difficulté du diagnostic et de la marche de la maladie.

Pendant longtemps, en effet, elle nous laissa dans une grande incertitude sur la nature de la lésion révélée par l'auscultation à la base du poumon gauche.

La respiration caverneuse, le gros gargouillement et la voix caverneuse constatés au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate ne permettaient aucun doute sur l'existence d'une ou de plusieurs cavités dans le lobe inférieur du poumon gauche.

Mais de quelle nature étaient ces cavités ? La persistance de la toux, les crachats opaques pelotonnés, puis l'expectoration sanguine, et en même temps la décoloration du malade, la diminution de l'embonpoint et des forces, étaient bien faits pour inspirer la crainte d'une phthisie pulmonaire ulcérée.

Cependant le siége du gargouillement presque à la base de la poitrine, l'absence de sueurs et de dévoiement, l'âge du malade, l'absence de conditions héréditaires, nous laissaient espérer qu'il n'y avait là qu'une dilatation des bronches.

La suite de l'histoire du malade a peu à peu levé tous les doutes. A mesure que les phénomènes généraux s'amendaient, les craintes d'une tuberculisation pulmonaire devenaient moins vives, et quand on a vu les légères nuances d'altération du bruit respiratoire au sommet de la poitrine diminuer et disparaître, en même temps que les phénomènes constatés à la base tendaient à se circonscrire, nous n'avons plus douté de l'existence d'une dilatation des bronches du lobe inférieur gauche.

Ce diagnostic une fois admis, la maladie a présenté,

au point de vue de la marche, un très grand intérêt. En effet, nous avons pu, grâce à l'auscultation, assister en quelque sorte au premier développement de l'élargissement des bronches, en constater les progrès, en reconnaître le maximum d'évasement; puis un peu plus tard il nous a été donné de constater la réalité beaucoup plus intéressante d'une marche inverse, c'est-à-dire de suivre pas à pas le cours décroissant de la maladie, et de voir en quelque sorte, par les yeux de l'intelligence, les rameaux dilatés revenir sur eux-mêmes, et reprendre graduellement leurs dimensions à peu près naturelles.

Diagnostic.

Au tableau que nous avons tracé plus haut de la dilatation des bronches, on reconnaît que cette maladie se traduit par un groupe de symptômes nettement caractérisés.

En effet, qu'un malade se présente à notre observation, sujet à s'enrhumer depuis bien des années, toussant depuis longtemps et rejetant en abondance des crachats opaques, puriformes, et que l'examen de la poitrine fasse constater en un point du thorax, plus ou moins près de la base, un son obscur, une respiration broncho-caverneuse, des râles humides à grosses bulles et un retentissement caverneux de la voix, on aura les traits habituels les plus saillants de la dilatation des bronches.

Et pourtant, à dire vrai, l'existence de cette maladie ne saurait être admise que par induction et par une interprétation de l'esprit qui pourrait n'être pas rigoureusement exacte. Aucun de ces signes, en effet, n'appartient exclusivement à la dilatation des bronches : la toux et l'expectoration indiquent seulement un catarrhe avec sécrétion morbide abondante; puis la respiration

caverneuse et les râles à grosses bulles annoncent bien une cavité anormale dans laquelle ces liquides sont mis en mouvement par l'acte de la respiration, mais ils n'en révèlent par la nature. Or cette cavité pourrait être constituée par une excavation tuberculeuse, par une caverne consécutive soit à un abcès du poumon, soit à la fonte d'une masse gangréneuse ou d'un noyau circonscrit d'apoplexie pulmonaire.

Des phénomènes stéthoscopiques plus ou moins analogues peuvent même se rencontrer dans une pneumonie ayant son siége autour d'un rameau bronchique de grosse dimension.

Disons d'abord que la *pneumonie* ne pourrait être confondue avec la dilatation des bronches que dans le cas où cette dernière affection serait accompagnée d'une inflammation donnant lieu à un état fébrile plus ou moins intense. Mais, la pneumonie se révélerait par sa marche tout à fait aiguë, par la prédominance du souffle bronchique, par la rareté ou l'absence de râles humides et par la médiocre abondance, le caractère visqueux et la couleur rouillée des crachats.

Le diagnostic serait plus difficile, si la pneumonie était elle-même compliquée d'une bronchite étendue, qui rendrait l'expectoration plus abondante et plus liquide, et noierait les crachats visqueux dans la sécrétion muco-purulente du catarrhe bronchique. Mais dans ce cas encore, l'acuité plus grande de la maladie, son invasion plus ou moins récente, la douleur latérale qui manque rarement, l'intensité du mouvement fébrile, mettraient sur la voie de la vérité, et l'incertitude, si elle pouvait exister momentanément, se dissiperait bientôt par la diminution rapide du souffle bronchique et par l'apparition de râles à bulles crépitantes annonçant la résolution de la pneumonie.

Le ramollissement et la *fonte* complète *d'un noyau*

apoplectique constituent un fait très rare ; et la circonstance antérieure d'un crachement de sang plus ou moins visqueux et noirâtre, suivi de l'apparition rapide des signes d'une cavité dans le poumon, lèverait promptement tous les doutes.

Les *abcès du parenchyme pulmonaire* ne sont pas plus fréquents, et la marche de la maladie, la manifestation subite des signes d'une cavité, dans le cours d'une phlegmasie aiguë du poumon, révéleraient la véritable nature de la lésion morbide.

Les excavations consécutives à la *fonte d'une gangrène pulmonaire limitée* sont moins rares ; et le doute pourrait naître d'autant plus aisément que les crachats sont souvent fétides dans la dilatation des bronches avec altération profonde de la membrane muqueuse aérienne. Mais, dans ce dernier cas, les produits de l'expectoration exhalent plutôt une odeur fade, nauséabonde, et n'ont ni la couleur livide ni la fétidité repoussante de la gangrène.

Il est encore une autre affection qui peut, à un moment donné, présenter avec la dilatation des bronches une grande analogie : c'est la *pleurésie chronique avec épanchement purulent* circonscrit, *ouvert dans les bronches* par la perforation du poumon. En effet, dans certains cas de dilatation avec catarrhe, on voit, comme dans la vomique, se faire par moments une expectoration facile de crachats puriformes d'une extrême abondance ; dans l'un et l'autre cas, le liquide rejeté dégage une odeur fétide ; et dans l'empyème, on peut, comme dans la dilatation, constater, avec une certaine matité du thorax, un râle caverneux plus ou moins limité.

Cependant, comme nous l'avons signalé plus haut, les crachats du catarrhe chronique avec dilatation des bronches ne sont pas aussi uniformément purulents que ceux de l'empyème ; ils sont, dans l'immense majorité des cas, muqueux en partie, assez mélangés d'air pour

surnager dans l'eau, et ne s'y dissolvent pas complétement comme le pus séreux des plèvres; ils n'exhalent pas la fétidité ordinairement très prononcée de ce dernier, et, quoique rejetés par moments en quantité considérable, et avec une grande facilité, c'est toujours par une secousse de toux qu'ils remontent du fond de la poitrine, tandis que dans la vomique, on voit un pus liquide, presque sans mélange d'air, qui, sans aucun effort de toux, s'échappe, sous forme de jet, de la bouche du malade, lorsqu'il baisse la tête au-dessous du niveau de la poitrine.

L'observation suivante nous en montre un frappant exemple :

OBSERVATION X[e].

Jean Bessac, âgé de trente ans, porteur d'eau, entre à l'hôpital de la Pitié le 24 août 1835, faible et mal portant depuis trois mois environ. A cette époque, étant retenu à la prison de la Force, il a fait une maladie qui dura une trentaine de jours, sur lesquels il avait été tenu près de vingt jours à une diète presque absolue. Sorti de la maison précitée, il y a six semaines, il n'était point rétabli, et depuis lors il toussait déjà un peu, lorsqu'il y a quinze jours il a été pris d'une douleur dans le côté droit de la poitrine, avec oppression, toux plus intense, crachats épais, perte de l'appétit, soif, et quelques sueurs nocturnes.

Le 25 août, on constate un développement du côté droit du thorax, graduellement plus marqué de haut en bas. Ce même côté rend un son mat, s'élevant en avant jusqu'à la mamelle, et en arrière jusque vers le sommet de la poitrine. Dans toute cette étendue, le bruit respiratoire vésiculaire est nul, et vers le milieu de la hauteur, on entend à peine un peu de respiration bronchique éloi gnée de l'oreille.

On prescrit : *tisane de chiendent sucrée*, *potion gommeuse*, *pilule de digitale* de 10 centigrammes, *lavement de lin*. Bouillon.

Les jours suivants, l'état du malade empire sous tous les rapports; l'oppression augmente, la toux devient plus fréquente, les crachats plus opaques; la matité du côté droit s'élève en arrière

jusqu'au sommet, et, dès le 5 septembre, on constate sous la clavicule droite une respiration de plus en plus bronchique.

Bientôt aussi se déclare de la fièvre par moments avec coloration des pommettes.

Dans les premiers jours d'octobre, l'auscultation fait entendre à la partie antérieure et supérieure droite de la poitrine, un peu de râle sous-crépitant, et peu à peu la matité remonte jusque sous la clavicule.

Le 13, les deuxième et troisième espaces intercostaux du côté droit forment une saillie évidente; ils sont élastiques, se laissent déprimer facilement, mais se relèvent aussitôt que la pression cesse, comme s'ils étaient soulevés par un liquide; la peau correspondante au trajet des côtes n'est pas tuméfiée, ce qui indique qu'il ne s'agit pas d'un œdème. Ce même côté de la poitrine est mat à la percussion jusqu'à 5 centimètres de la clavicule, et dans ce point on entend un peu de respiration caverneuse mêlée de quelques gargouillements.

Les jours suivants, la saillie des deux espaces intercostaux devient de plus en plus proéminente; et, le 20, elle forme, entre la deuxième et la troisième côte, une tumeur de 3 pouces de diamètre, sphéroïde, molle, élastique, facile à déprimer, se reformant aussitôt que la pression cesse, non douloureuse au toucher, sans crépitation appréciable, plutôt mate que sonore, et sur laquelle le stéthoscope ne fait rien entendre d'évident.

Le 21, la saillie formée par la tumeur est encore plus prononcée que la veille.

Le 22, dans la matinée, la toux redouble de fréquence, et il survient une expectoration considérable de crachats qui s'élèvent de la poitrine en abondance, par jets, quelquefois sans toux, coulent de la bouche en bavant sur les lèvres, et s'échappent par intervalles, quand le malade s'incline, sous la forme d'un filet de liquide purulent.

La journée se passe péniblement au milieu d'une oppression extrême, et le malade, après s'être tenu sur son séant pendant la plus grande partie de la nuit, expire, le 23 octobre, à trois heures du matin.

Autopsie faite trente heures après la mort.

A la partie antérieure et supérieure droite de la poitrine appa-

raît la tumeur signalée, un peu moins saillante que pendant la vie. En l'incisant couche par couche, on arrive dans une cavité formée en avant par la face postérieure du muscle grand pectoral qui est éraillée et décollée des parties sous-jacentes dans une étendue de 8 centimètres ; son fond est constitué par les deuxième et troisième côtes et les muscles intercostaux qui les séparent ; le plan formé par ces muscles est perforé dans cinq ou six endroits par des ouvertures ovalaires de 4 lignes sur 8 lignes de longueur, et qui conduisent dans la cavité pleurale.

En enlevant la paroi pectorale antérieure, on voit sa face interne tapissée de flocons pseudo-membraneux, sous lesquels on trouve la plèvre macérée et détruite dans un grand nombre de points ; les muscles intercostaux éraillés et détruits en plusieurs endroits, ulcérés au niveau du troisième espace, dans presque toute l'épaisseur du plan charnu, et traversés entre la deuxième et la troisième côte par les perforations décrites.

Le *poumon droit* adhère dans une petite étendue de son sommet, et sur une bande étroite dirigée de l'aisselle vers la partie moyenne du sternum. La disposition de ces adhérences laisse en bas et en avant, et en arrière dans toute la hauteur de la poitrine, une vaste cavité remplie par un liquide purulent jaune verdâtre, non fétide, dans lequel flotte la partie inférieure du poumon sous forme d'une lame aplatie de 4 à 6 centimètres d'épaisseur, dont le bord inférieur adhère au diaphragme.

Dans toute la partie ainsi comprimée, le tissu pulmonaire est condensé, mais résistant et difficile à déchirer. Le quart supérieur de ce poumon conserve seul un peu de volume et de souplesse et contient de petites masses de tubercules et de granulations, plus nombreuses vers la base du lobe supérieur, où l'on trouve également une petite excavation tuberculeuse s'ouvrant d'une part dans la plèvre par un orifice de 2 millimètres, arrondi, à bords épais, coupés en biseau aux dépens de la face externe, et communiquant d'autre part avec un petit tuyau bronchique.

Le *poumon gauche* est volumineux, léger ; son tissu est souple, résistant, sans traces évidentes de tubercules.

Les gros rameaux bronchiques des deux côtés présentent à l'intérieur une teinte rouge, qui s'étend le long de la trachée-artère et disparaît dans le larynx.

Le *péricarde* contient environ 100 grammes de sérosité citrine.

Le *cœur* est de volume moyen; ses orifices sont libres, ses valvules souples, et son tissu est d'une bonne consistance.

Les viscères abdominaux, tous examinés, ne présentent rien de pathologique.

Un ensemble de phénomènes comme ceux de l'observation précédente, et surtout la brusque apparition, dans le cours d'une maladie chronique, de l'expuition par flots d'un liquide purulent et fétide qui s'échappe sous forme de jets du fond de la poitrine, ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence d'une vomique.

Mais le point le plus important et le plus difficile à la fois, c'est la distinction de la dilatation des bronches et de la *phthisie pulmonaire.* Il est, en effet, du plus grand intérêt de ne pas confondre un état fâcheux, il est vrai, mais presque jamais grave, avec une maladie toujours grave et si souvent mortelle.

Or, ces deux affections ont entre elles, sous bien des rapports, la plus grande analogie : c'est dans l'un et l'autre cas une maladie chronique des voies respiratoires, avec oppression, toux plus ou moins fréquente, crachats épais, puriformes, son obscur dans un point donné de la poitrine, respiration caverneuse, gargouillement et voix caverneuse au niveau des cavités anormales. Et si le diagnostic est quelquefois assez facile en raison de la différence du siége le plus habituel de l'une au sommet (phthisie), et de l'autre à la base de la poitrine, cette différence est loin d'être constante. La dilatation des bronches, en effet, se rencontre assez souvent dans les parties supérieures de l'arbre aérien, et les cavernes tuberculeuses peuvent exceptionnellement se produire dans les parties inférieures du poumon. De là des difficultés de diagnostic souvent très grandes, quelquefois presque insurmontables. L'observation suivante en fournit la preuve.

OBSERVATION XI[e].

Mallard (Jacques), concierge, âgé de cinquante-cinq ans, d'une taille moyenne, d'une constitution primitivement bonne, aujourd'hui un peu amaigri, mais conservant encore les caractères extérieurs du tempérament sanguin, entre à l'hôpital Beaujon le 12 octobre 1853.

Ses parents sont morts âgés. Sur cinq enfants, trois ont succombé dans le jeune âge ; une sœur, plus jeune que lui, est asthmatique depuis une dizaine d'années.

Lui-même, dit-il, a toujours eu la poitrine grasse. Il porte au côté droit du cou, sous l'angle de la mâchoire, des cicatrices d'apparence scrofuleuse et déjà anciennes. Il y a seize ans, il a été pris d'un rhume qui a duré tout l'hiver, et depuis lors il est souvent enroué, tousse et crache pendant la mauvaise saison.

A la suite d'une fluxion de poitrine en 1847, le rhume est devenu permanent. Depuis dix mois surtout le malade est plus souffrant, plus oppressé, et a plusieurs fois craché du sang. Depuis la même époque aussi, il a des sueurs habituelles, il a perdu de ses forces et de son embonpoint. Cependant la maigreur n'est pas considérable, et il n'y a pas eu de dévoiement spontané.

Il y a trois jours, le matin en se levant, sans avoir beaucoup toussé, le malade crache en abondance un sang rouge, spumeux, qui sort par flots de la poitrine et qu'il estime à environ deux litres.

Sans autre traitement que le repos, l'hémoptysie diminue; mais la toux persiste, accompagnée de crachats abondants mêlés de sang.

État actuel le 13 octobre. Malgré la durée de la maladie et la gravité des derniers accidents, Mallard n'est pas très amaigri, son teint est encore assez coloré et sa physionomie n'est pas notablement altérée. Il se tient assis dans son lit ou couché la tête très élevée; l'oppression est grande, la parole brève, sans altération du timbre de la voix. La toux est fréquente et a donné lieu, depuis vingt heures, au rejet d'environ 250 grammes de crachats très fortement teints de sang, d'une couleur amarante, constitués par une matière muqueuse gluante, aérée à la surface; versée dans l'eau, elle y plonge à moitié sous forme d'une masse demi-transpa-

rente tenue en suspension au milieu du liquide, et il s'en détache quelques parcelles plus blanches, plus opaques, qui se précipitent au fond de la cuvette.

La poitrine est encore assez grasse, les clavicules sont modérément saillantes, et la mesure de la circonférence au niveau des mamelons donne 44 centimètres pour le côté gauche, et 42 pour le côté droit.

Quand le malade parle, le frémissement thoracique est marqué des deux côtés, plus prononcé à droite; et la main, appliquée sur le thorax en arrière, peut sentir parfois une vibration due aux râles qui se produisent dans la poitrine.

A la percussion, pas de différence notable de la sonorité en avant dans l'un et l'autre côté; pas de râles sous les clavicules ni plus bas; pas de craquements, pas de rudesse de la respiration, ni de bruit d'expiration morbide, ni de retentissement anormal de la voix.

En arrière, pas de matité évidente au sommet de l'un ni de l'autre côté. Son notablement obscur à la base du côté droit dans les deux cinquièmes inférieurs; dans cette même étendue, on entend un retentissement caverneux de la voix et une respiration caverneuse mêlée de râle humide à bulles très grosses et très sonores, qui ont leur maximum d'intensité à la base, vont en diminuant de bas en haut et se perdent vers la hauteur de l'épine de l'omoplate.

A gauche, on perçoit à l'auscultation une respiration un peu creuse, mêlée de bulles humides assez grosses, et, par intervalles, l'oreille est frappée d'une espèce de bruit de soupape.

L'auscultation du cœur ne présente rien de remarquable. Pas de signes morbides du côté du ventre.

Prescription : *Tisane pectorale édulcorée avec le sirop de ratanhia; potion diacodée avec eau de Rabel*, 1 gramme, et *sirop de consoude*, 25 grammes; *sinapismes* sur les membres inférieurs. Repos absolu, silence, alimentation très légère, froide.

Les jours suivants, les crachats diminuent d'abondance, deviennent moins sanglants, et prennent une teinte assez analogue à celle de la litharge. Pendant ce temps, les résultats de l'auscultation restent à peu près les mêmes : toujours du gargouillement à

la base droite, mêlé de respiration caverneuse, et un râle humide à grosses bulles du côté gauche.

Le 18, les crachats ont repris l'aspect muco-purulent et la couleur verdâtre habituelle des catarrhes pulmonaires chroniques. On suspend l'eau de Rabel, en continuant les boissons pectorales calmantes et l'on augmente peu à peu la quantité des aliments.

Le 19, au matin, le malade ne présente rien de remarquable; mais, vers cinq heures du soir, il est pris d'une nouvelle hémoptysie et succombe en rejetant des flots de sang par la bouche.

Autopsie faite le 21 octobre, quarante heures après la mort.

L'amaigrissement est peu prononcé, et le corps est assez bien musclé.

POITRINE. — En enlevant le sternum, on constate que les deux poumons se touchent ; celui du côté gauche recouvre le péricarde dans les trois quarts supérieurs et externes, et son bord interne dépasse d'un centimètre à droite la ligne médiane.

Le *péricarde*, adhérent à la pointe du cœur, est libre dans le reste de son étendue et ne contient pas de sérosité.

Le *cœur* est d'un volume moyen, proportionné à l'âge du sujet; ses chairs ont leur couleur ordinaire, sans mollesse ni dureté. Les parois ont une épaisseur moyenne. La valvule mitrale, un peu moins souple, renferme quelques plaques jaunâtres, opaques. Les valvules aortiques sont flexibles, sans rétrécissement ni insuffisance.

La *plèvre gauche* présente des adhérences partielles, celluleuses, lâches; le *poumon gauche* est volumineux; son bord antérieur est épais ; on y sent de petites indurations constituées par des points cartilagineux dans les bronches de troisième et quatrième ordre.

Son parenchyme, souple du reste, présente çà et là quelques lobules infiltrés de sang ; mais nulle part on ne trouve ni tubercules ni granulations tuberculeuses.

Du côté droit les deux feuillets de la plèvre adhèrent dans toute leur étendue par un tissu cellulaire, épais, fibreux, partiellement de consistance cartilagineuse.

Le *poumon droit* est évidemment plus petit que le gauche; son parenchyme, souple en haut et en avant, sans granulations ni tubercules, est dense et compacte dans le reste de son étendue,

ratatiné à sa base et infiltré de sérosité. Son bord postérieur et inférieur est creusé d'une énorme cavité, s'élevant en haut jusqu'à la base du lobe supérieur, s'étendant inférieurement jusqu'à 2 ou 3 centimètres de la surface diaphragmatique, limitée en avant par une grande épaisseur de poumon et fermée en arrière par une lame mince de tissu pulmonaire, n'ayant guère plus de 2 lignes (ou 5 millimètres) d'épaisseur, doublée par la fausse membrane de la plèvre. Cette caverne contient un gros caillot de sang rouge foncé. Sa cavité, de forme ovalaire, ayant sa grosse extrémité en bas, pourrait loger un petit œuf de dinde ; elle est traversée en un point par une de ces grosses brides comme on en voit dans les cavernes tuberculeuses ; sa surface interne est assez lisse, du reste, et est tapissée par une couche pseudo-membraneuse mince, molle, facile à enlever, et dans laquelle on trouve le parenchyme pulmonaire condensé et à peine reconnaissable.

Au-dessous de cette caverne, il y a deux autres petites cavités anfractueuses pouvant loger une amande dépouillée de sa coque, et contenant une matière muqueuse en partie grumeleuse, blanchâtre, assez semblable à la matière tuberculeuse ramollie.

A la surface interne de ces cavernes s'ouvrent plusieurs rameaux bronchiques brusquement coupés, et à la partie moyenne de la face antérieure et interne de la grande cavité morbide on découvre, en outre, un orifice vasculaire ulcéré, constitué par une branche volumineuse de l'artère pulmonaire, et c'est par là que s'est faite l'hémorrhagie qui a emporté le malade.

Autour de la grande caverne, et dans presque tout le lobe inférieur droit, les *bronches* sont dilatées de manière à pouvoir admettre le doigt annulaire, et cette dilatation se continue jusqu'à quelques lignes de la surface du poumon.

Les parois de ces bronches sont épaissies jusqu'à près d'une ligne et parsemées de points cartilagineux dans les divisions où il n'en existe plus normalement.

La membrane interne est épaissie, blanchâtre, friable, et présente en plusieurs points une surface inégale superficiellement ulcérée.

Dans les lobes moyen et supérieur, les bronches ont leur aspect et leurs dimensions habituelles.

Dans le lobe inférieur gauche, les bronches sont également élar-

gies, mais à un degré moindre ; leurs parois sont minces, et la membrane muqueuse est fine quand on la compare à celle des bronches dilatées du côté droit.

Toutes les ramifications des deux poumons sont remplies de sang de même que la *trachée-artère* et le *larynx*. La membrane interne de ce conduit est plus rouge que dans l'état naturel ; mais nulle part on ne voit d'ulcération, et l'on ne trouve aucune trace de tubercules dans les ganglions bronchiques.

Le *pharynx* et l'*œsophage* ne présentent rien de pathologique. L'*estomac* contient des matières alimentaires et du sang ; la membrane interne est teinte en rouge dans une grande étendue, sans ramollissement ni ulcération appréciable.

L'*intestin grêle* est rempli de matières alimentaires ; la membrane muqueuse, d'un rose pâle, est parsemée de follicules isolés, un peu apparents dans l'iléon, mais sans trace d'érosion.

Le *gros intestin* ne présente rien de pathologique.

Les *ganglions du mésentère* sont petits, sans trace de tubercules.

La *rate* est volumineuse ; son tissu est mou, facile à déchirer.

Le *pancréas* est sain.

Le *foie*, assez gros, est d'un rouge brun, mou, et graisse très légèrement le scalpel.

Les *reins* sont naturels ; la *vessie* est saine.

La *tête* n'a pas été ouverte.

On comprend aisément combien le diagnostic a dû être difficile dans le cas précité, en raison de l'existence de plusieurs cavernes à la base du poumon, tandis que les sommets étaient exempts de tubercules.

Des faits de ce genre sont heureusement exceptionnels, mais il suffit qu'ils puissent se produire pour montrer combien il importe d'insister sur les signes capables de différencier la phthisie et la dilatation des bronches.

Aussi faut-il étudier spécialement tous les points de la question ; comparer entre eux, non-seulement les phénomènes locaux et les signes physiques, mais encore les symptômes généraux, la marche de la maladie, et

toutes les conditions étiologiques appréciables. Chacune de ces circonstances a sa valeur, et c'est par la réunion d'un grand nombre de données différentielles que l'on peut arriver à une solution satisfaisante.

Siége de la lésion. — Dans la phthisie tuberculeuse (maladie diathésique et générale dont les tubercules ne sont que la manifestation anatomique), il est rare que la lésion soit bornée à un seul côté de la poitrine : sur 123 cas de phthisie pulmonaire, M. Louis, dont la monographie si pleine de faits précis nous servira souvent de point de comparaison, n'a trouvé que 7 fois (ou 5 fois sur 100) les tubercules bornés à un seul poumon.

Dans la dilatation des bronches, au contraire (lésion locale consécutive à des influences morbides généralement unilatérales comme la pleurésie, l'engouement du poumon), la maladie est souvent bornée à un côté de la poitrine ; en effet, sur 43 cas, elle occupait 17 fois seulement les deux côtés en même temps, tandis que chez 26 malades (ou 60 fois sur 100), elle était unilatérale, et en ne comptant que les dilatations les plus tranchées, 13 fois sur 17 la lésion était limitée à un seul côté de la poitrine.

On peut conclure de là qu'il est rare de rencontrer la phthisie tuberculeuse avancée bornée à un seul poumon, tandis que 6 fois sur 10, la dilatation des bronches est unilatérale.

Partie du poumon affectée. — Dans la phthisie, presque toujours les tubercules sont plus nombreux et plus avancés au sommet qu'à la base du poumon, puisque « sur 123 cas, M. Louis n'a trouvé que deux exceptions à cette règle : les grandes excavations surtout existaient dans presque tous les cas au sommet du lobe supérieur exclusivement. »

Sur 37 cas de dilatation bronchique, au contraire, la lésion occupait 15 fois le lobe supérieur, 15 fois le lobe

inférieur, et 7 fois toute la hauteur du poumon avec prédominance à la base. Et pour les 17 cas les plus prononcés, la dilatation avait 5 fois son siége au sommet, 7 fois à la base, et 5 fois où elle occupait une grande étendue, elle était plus marquée dans le lobe inférieur.

Ainsi donc la phthisie pulmonaire a son siége habituel au sommet de la poitrine; les cavernes surtout ne se rencontrent presque jamais à la base; et, quand la lésion est très étendue, elle est à peu près constamment plus prononcée vers les parties supérieures que vers les régions inférieures des poumons.

Dans la dilatation des bronches, au contraire, la lésion est un peu plus fréquente à la base qu'au sommet; les cas bien tranchés sont surtout plus communs dans le lobe inférieur, et quand la dilatation occupe une grande étendue, elle est presque toujours plus prononcée à la base.

Région antérieure ou postérieure. — « Les tubercules et les petites excavations sont généralement plus nombreux et plus rapprochés dans toute l'étendue du lobe supérieur que dans la partie correspondante du lobe inférieur. » Souvent même on trouve le lobe supérieur creusé de cavernes, tandis qu'à la même hauteur, on rencontre encore, dans le lobe inférieur, une partie plus ou moins considérable du parenchyme pulmonaire propre à la respiration, et très rarement des excavations tuberculeuses (Louis, *ibid.*, p. 7). Or, comme le lobe supérieur contribue presque seul à former la partie antérieure du poumon, il en résulte que la phthisie se manifeste aussi souvent sous les clavicules que dans la fosse sus-épineuse, et que les signes du ramollissement des tubercules s'étendent généralement plus bas en avant qu'en arrière.

C'est l'inverse pour la dilatation des bronches, qui, ayant plus souvent son siége vers les parties inférieures

du poumon, se révèle aussi plus ordinairement le long du bord postérieur du thorax que dans les région antérieures de la poitrine. Dans le cas même où elle occupe toute la hauteur de l'arbre aérien, elle peut n'être appréciable qu'en arrière, par l'effet du développement souvent très considérable du poumon sain qui recouvre alors toute la partie antérieure du poumon malade. Ce n'est guère que quand la dilatation est limitée au lobe supérieur, que ses signes se manifestent en avant comme en arrière, et dans ces cas encore ils sont, en général, plus prononcés à la partie postérieure du thorax.

Symptômes locaux. Douleur. — Dans la phthisie pulmonaire, les douleurs de poitrine sont rarement assez vives pour que les malades s'en plaignent spontanément; mais, quand on les interroge, il en est peu qui n'éprouvent ou n'aient éprouvé, à des époques récentes, des douleurs soit entre les omoplates, soit sur les côtés de la poitrine, soit à l'une ou à l'autre épaule; douleurs dépendant du travail phlegmasique que la présence des tubercules détermine dans le poumon, dans la plèvre et dans les nerfs intercostaux.

Il n'en est plus de même pour la dilatation des bronches. Un bon nombre de malades, interrogés sur ce point, disaient avoir eu, à une époque éloignée, des douleurs de poitrine qu'il était naturel de rapporter aux pleurésies antécédentes dont nous avons si souvent trouvé les traces à l'autopsie; mais, à part un peu de gêne dans le côté affecté, les malades n'accusaient actuellement aucune douleur locale qu'on fût en droit d'attribuer exclusivement à la dilatation des bronches.

Dyspnée, oppression. — Il est peu de phthisiques, parvenus à la période de la fonte des tubercules et de la formation des cavernes, qui n'éprouvent une dyspnée pulmonaire prononcée, rarement excessive, il est vrai, mais généralement assez sensible pour empêcher les ma-

lades de marcher un peu vite ou longtemps, et surtout pour ne leur permettre de monter les escaliers qu'avec beaucoup de peine et de lenteur.

Dans la dilatation des bronches, au contraire, l'oppression, quand elle a lieu, dépend généralement, soit d'un emphysème pulmonaire ou d'une maladie du cœur, soit d'une affection aiguë des organes respiratoires; mais lorsque la maladie est simple, dégagée de toute complication, la dyspnée est d'ordinaire très modérée, à moins que la lésion ne soit très étendue; et plusieurs de nos malades présentant les signes d'une excavation notable (respiration caverneuse et gargouillement prononcé) pouvaient se livrer à des exercices corporels que l'oppression eût rendus impossibles, si les cavernes avaient été tuberculeuses. Ainsi le sujet de l'observation IX portait aisément deux seaux d'eau de la cour de Beaujon au premier étage (35 marches); un autre (obs. XIII) montait souvent, dans une journée, vingt étages pour ses affaires, sans en être pour cela notablement essoufflé.

Ulcérations du larynx et altération de la voix. — « Sur 102 sujets tuberculeux dont le conduit aérien a été examiné avec soin, M. Louis a trouvé vingt-deux fois des ulcérations du larynx; et, dans une autre série de 193 autopsies, cette proportion s'est élevée jusqu'à 63 (32 pour 100). »

Sur les 22 individus qui ont présenté des ulcères laryngés, 4 seulement n'éprouvèrent qu'un peu de sécheresse et d'ardeur à la gorge; les 18 autres ressentirent des picotements, des douleurs plus ou moins vives au larynx, et chez tous les 18 la voix éprouva un enrouement plus ou moins fort qui alla chez 11 jusqu'à l'extinction complète.

Dans la dilatation des bronches, au contraire, nous avons bien rencontré quelques cas d'inflammation de la trachée-artère et du larynx après la mort, mais dans

aucun d'eux nous n'avons trouvé d'ulcération ; et, pendant la vie, quelques-uns de nos malades ont eu la voix un peu grave, légèrement voilée, mais nul d'entre eux n'a ressenti de douleur notable au cou, et dans aucun cas nous n'avons noté, soit l'aphonie, soit un enrouement notable, permanent et progressif de la voix.

Toux. — Dans la phthisie pulmonaire, la toux est assez souvent sèche, douloureuse, généralement incommode, la nuit surtout, au point de mettre fréquemment obstacle au sommeil. « Quelquefois elle revient par quintes, excite beaucoup de dyspnée, et provoque souvent des vomissements. » (Louis, *ibid.*, p. 191.)

Chez les malades atteints de dilatation des bronches, la toux est ordinairement grasse et humide, plus ou moins fréquente, mais rarement douloureuse, à moins de complication d'une affection aiguë de la poitrine. Souvent aussi elle a lieu par quintes, avec un accroissement momentané de l'oppression ; mais ces quintes sont rares, séparées par de longs intervalles de calme, revenant seulement une ou deux fois par jour ; et, à quelques rares exceptions près (relatives surtout à des individus atteints en même temps de tubercules), nous n'avons pas observé les vomissements qui incommodent si fréquemment les phthisiques.

Le *mode d'expectoration* est souvent aussi très différent dans les deux maladies que nous comparons entre elles, et nous n'avons pas souvenir d'avoir vu des phthisiques rejeter leurs crachats à la manière des individus atteints de la dilatation des bronches, chez qui les sécrétions muqueuses s'accumulent peu à peu, puis, à un moment donné, s'élèvent de la trachée en abondance, et sont rejetées comme par flots successifs et par de légères secousses de toux.

Quant aux *matières expectorées*, elles présentent aussi,

dans l'une et l'autre maladie, des traits distinctifs que nous nous sommes efforcé de mettre en relief.

Quantité. — Les crachats, dans la phthisie confirmée, sont rarement très abondants, à moins qu'il ne survienne une bronchite un peu étendue. — Dans la dilatation des bronches, au contraire, les produits de l'expectoration, comme nous l'avons vu plus haut, sont généralement copieux et parfois rendus en quantité si considérable qu'ils peuvent atteindre de 150 à 450 grammes par jour.

Aspect. — Formés à la fois par de la matière tuberculeuse ramollie et par la sécrétion morbide de la surface interne des bronches voisines, les crachats des phthisiques, d'après la description qu'en a donnée M. Louis, sont verdâtres, opaques, privés d'air, striés de lignes jaunes, contenant parfois des parcelles d'une matière blanche semi-concrète ; et, à l'époque de la formation des cavernes, ils sont souvent de forme globuleuse, comme lacérés à leur pourtour, plus ou moins consistants, et flottant à la surface, ou plongeant au fond d'un liquide clair et ténu comme de la salive. Quelquefois même on y trouve des fragments calculeux, et, au microscope, on peut y reconnaître des débris de vaisseaux et de parenchyme pulmonaire.

Dans la dilatation, au contraire, les crachats uniquement constitués par la sécrétion morbide de la membrane muqueuse des bronches sont le plus ordinairement muqueux, mousseux et opaques, d'un jaune verdâtre, muco-purulents, et formant le plus ordinairement une masse homogène plus ou moins aérée ; et conséquemment plus ou moins légère. On peut bien y découvrir des débris d'épithélium, mais on y voit rarement de parcelles très opaques, et jamais on n'y découvre ni concrétions calculeuses, ni fragments de tissu pulmonaire.

A part ce dernier caractère que, du reste, on observe

rarement dans la phthisie, les autres différences que nous venons de signaler ne sont pas constantes.

En effet, d'une part, nous avons vu (page 498) que l'on trouve quelquefois dans des radicules bronchiques dilatées une matière épaisse, demi-concrète, provenant du mucus puriforme desséché, laquelle, rejetée avec les crachats, peut en imposer pour de la matière tuberculeuse ; parfois aussi le mucus est ballotté dans les dilatations bronchiques, de manière à prendre une forme globuleuse, à peu près identique avec celle des crachats de la phthisie ulcéreuse (voy. obs. IXe).

Comme, d'autre part, les crachats des phthisiques proviennent en majeure partie de la sécrétion morbide des bronches enflammées, que la matière tuberculeuse ramollie n'y entre que pour une quantité relativement peu considérable, et qu'avant d'être expectorée, elle est agitée dans les canaux de l'air et mêlée avec les mucosités bronchiques, les tubercules peuvent disparaître au milieu de ces dernières, et le plus souvent ils s'y confondent à tel point que les crachats de la phthisie ne se distinguent plus de ceux d'un simple catarrhe pulmonaire.

Dans les deux maladies aussi, les matières expectorées sont souvent fades et nauséabondes, et dans l'une et l'autre affection elles peuvent se colorer d'une teinte rose ou rouge par le mélange d'une certaine quantité de sang.

Ce sont ces difficultés qui nous ont conduit à étudier les *crachats examinés dans l'eau*, avec l'espoir de trouver là quelques caractères distinctifs capables d'éclairer le diagnostic.

Ces recherches nous ont donné des résultats d'une valeur non pas absolue, mais relativement utile. On conçoit en effet, d'une part, que le mucus dans les dilatations puisse être assez privé d'air, assez condensé pour

prendre une forme pelotonnée et plonger au fond de l'eau, et que le pus ne soit pas toujours assez intimement combiné avec lui pour ne pas s'en séparer par l'agitation, et l'on comprend, d'autre part, que la matière tuberculeuse puisse momentanément venir à manquer dans les crachats des phthisiques, ou ne s'y trouver qu'en très petite quantité et assez intimement combinée avec le mucus bronchique pour ne pas s'en détacher dans l'eau, et que le produit de ce mélange puisse se pénétrer dans l'acte de la respiration d'une quantité d'air suffisante pour nager à la surface du liquide, comme les crachats d'un simple catarrhe pulmonaire.

Cependant, de part et d'autre, ce sont là des exceptions, et nous pouvons dire, en nous appuyant sur les résultats de notre expérience, que, dans la phthisie, les crachats souvent isolés, souvent pelotonnés, plongent habituellement sous l'eau, ou laissent détacher, par l'agitation au milieu du liquide, des grumeaux épais qui se précipitent rapidement au fond du vase.

Dans les dilatations des bronches, au contraire, les crachats, le plus ordinairement fondus les uns dans les autres, forment une masse de muco-pus qui, mise dans l'eau, surnage en nappe ou s'y enfonce seulement en partie sous forme d'un nuage demi-opaque, et ne laisse détacher que des parcelles, des filaments qui gagnent très lentement le fond de l'eau.

Hémoptysie. — Dans la phthisie pulmonaire, l'hémoptysie se rencontre, forte ou faible, chez les deux tiers des sujets (57 fois sur 87 cas, Louis, *loc. cit.*, p. 197).

Dans la dilatation des bronches, au contraire, nous n'avons observé cet accident que sur la sixième partie des malades (7 fois sur 43) et encore faut-il noter que de ces 7 malades 4 étaient phthisiques à des degrés divers.

Nous avons encore rencontré l'hémoptysie chez deux de nos 19 malades qui n'ont pas succombé ; mais chez l'un le crachement de sang a été léger et de courte durée (obs. IXe), et chez l'autre il s'est produit au milieu d'émotions morales d'une extrême violence (obs. XIIIe).

Ainsi donc on peut dire que l'hémoptysie a lieu chez les deux tiers des phthisiques, tandis que, dans la dilatation des bronches, elle constitue un accident comparativement rare, et qui d'ailleurs s'explique souvent par une affection organique du cœur, facilement reconnaissable : 3 de nos 7 malades avaient des hypertrophies manifestes, et 2 une altération plus ou moins prononcée des valvules du cœur.

Conformation de la poitrine. — Dans le cours de la phthisie pulmonaire, le thorax prend quelquefois une forme cylindroïde, par suite du rétrécissement dans tous les sens des parties supérieures de la poitrine. — Dans la dilatation des bronches, au contraire, nous avons noté assez souvent une dépression unilatérale plus marquée vers la base du thorax ou le milieu de sa hauteur, et se mesurant par un ou plusieurs centimètres de moins pour la demi-circonférence du côté malade.

Percussion. — Pour peu que la tuberculisation soit avancée, et particulièrement au niveau des excavations ulcéreuses, le son rendu par la percussion est généralement mat, sec, et souvent on peut obtenir le bruit de pot fêlé. — Dans la dilatation, c'est un son obscur, rarement mat. Chez une seule de nos malades, ce son avait quelque analogie avec le timbre de pôt fêlé, mais dans aucun cas nous n'avons produit d'une manière évidente le claquement caractéristique de ce bruit anormal.

Phénomènes stéthoscopiques. — Respiration faible ou rude, expiration forte et prolongée dans la première période ; — un peu plus tard, respiration bronchique et

bronchophonie quand la matière tuberculeuse est déposée en grande quantité ;— puis çà et là des craquements humides au moment de la fonte des tubercules ; — enfin, respiration caverneuse circonscrite, gargouillement et pectoriloquie après la formation des cavernes : tels sont les signes stéthoscopiques les plus saillants de la phthisie à ses diverses périodes.

Les phénomènes acoustiques sont un peu différents dans la dilatation des bronches où l'on constate une respiration bronchique *creuse*, avec bulles humides et retentissement diffus de la voix, quand la lésion est encore peu prononcée, puis une respiration broncho-caverneuse, un gros gargouillement et une voix caverneuse plus ou moins nettement accusée. — Ces bruits divers, habituellement limités au niveau des dilatations en forme d'ampoules, sont mal circonscrits dans les dilatations cylindroïdes des gros rameaux bronchiques ; et, parfois, dans ce dernier cas, ils retentissent jusque dans le côté opposé de la poitrine, ce qui n'a pas lieu pour les cavernes.

Jamais nous n'avons entendu dans les bronches dilatées les craquements secs si fréquents dans la phthisie pulmonaire ; jamais non plus nous n'avons constaté ni la respiration amphorique ni le tintement métallique perceptibles quelquefois au niveau de très grandes excavations tuberculeuses.

Nous devons insister encore sur la valeur que les phénomènes stéthoscopiques, communs à l'une et à l'autre maladie, tirent du lieu où on les constate, en raison de la diversité du siége habituel de la phthisie et de la dilatation des bronches, celle-ci affectant plus fréquemment le lobe inférieur du poumon, et la tuberculisation occupant presque toujours le sommet de la poitrine.

Ajoutons que si, par exception, il y a des cavernes à la base du poumon, il est infiniment rare qu'il n'y ait pas alors au moins quelques tubercules crus ou ramollis

au sommet; et l'exploration des régions supérieures de la poitrine servira indirectement à la solution du problème.

Reste le cas où les gros râles humides et les autres phénomènes d'auscultation, appartenant aux deux maladies, se produiraient dans toute la hauteur de la poitrine. Eh bien, conformément aux lois de topogénie des tubercules et de la bronchite, si les bruits anormaux avaient leur maximum au sommet du thorax, il faudrait les rapporter à une phthisie avec cavernes nombreuses et bronchite concomitante; dans le cas, au contraire, où ces mêmes phénomènes, très prononcés à la base de la poitrine, iraient en diminuant vers le sommet, on devrait les attribuer au catarrhe pulmonaire avec dilatation des bronches.

Phénomènes généraux. — Dans la phthisie, les altérations du poumon n'étant que la manifestation locale d'une diathèse qui se traduit par la production de tubercules ou d'autres lésions dépendant du même principe dans un grand nombre d'autres viscères, on comprend que, indépendamment des symptômes locaux de l'appareil respiratoire, il y ait un grand retentissement exercé à la fois sur plusieurs points de l'économie; aussi voyons-nous apparaître une foule d'autres phénomènes morbides d'une importance majeure, tels que la fièvre, les troubles des fonctions digestives, puis des sueurs copieuses et un état de cachexie et de marasme qui annonce la profonde atteinte subie par l'organisme tout entier.

La dilatation des bronches, au contraire, n'est qu'une disposition anatomique consécutive à des actions morbides de nature inflammatoire ou catarrhale, et ne se lie manifestement à aucune diathèse grave; aussi, à part la gêne mécanique apportée à l'hématose, et l'abondance des sécrétions muco-purulentes qui l'accompagnent, elle

peut durer longtemps sans déterminer de perturbation notable dans le reste de l'économie.

Habitude extérieure. — On sait combien sont remarquables, dans la phthisie avancée, cette pâleur mate du visage, cet amaigrissement prononcé, cet air de souffrance et d'abattement, cette profonde altération des traits, ce dépérissement, en un mot, qui a fait donner à cette maladie le nom de *consomption.* — Dans la dilatation des bronches, au contraire, si l'on excepte les cas de complication, soit d'une affection aiguë intercurrente, soit d'une lésion diathésique, comme les tubercules ou le cancer, les malades, quoique amaigris à des degrés variables, ne présentent le plus souvent qu'une pâleur modérée, et conservent un certain air de force, une mine assez satisfaisante; et l'on ne trouve point en eux cet aspect hâve et cette altération de la physionomie qui révèlent souvent au premier coup d'œil, chez les phthisiques, l'existence d'une lésion profonde et grave de l'économie tout entière.

Fièvre. — Dans la phthisie tuberculeuse, qui le plus souvent débute sourdement sans travail phlegmasique préalable, la fièvre n'existe, dès le commencement de l'affection, que chez la cinquième partie des sujets, apparaît chez un autre cinquième dans le cours de la première période, et se déclare chez les trois autres cinquièmes dans la deuxième période seulement; de telle sorte qu'elle signale assez rarement la première évolution de la maladie, tandis qu'elle ne manque presque jamais après le ramollissement des tubercules.

Dans la dilatation des bronches, au contraire, qui se développe le plus souvent comme conséquence d'un état complexe, au moins en grande partie de nature phlegmasique (bronchite, engouement pulmonaire, pleurésie), la fièvre signale fréquemment la première phase de la

au sommet ; et l'exploration des régions supérieures de la poitrine servira indirectement à la solution du problème.

Reste le cas où les gros râles humides et les autres phénomènes d'auscultation, appartenant aux deux maladies, se produiraient dans toute la hauteur de la poitrine. Eh bien, conformément aux lois de topogénie des tubercules et de la bronchite, si les bruits anormaux avaient leur maximum au sommet du thorax, il faudrait les rapporter à une phthisie avec cavernes nombreuses et bronchite concomitante ; dans le cas, au contraire, où ces mêmes phénomènes, très prononcés à la base de la poitrine, iraient en diminuant vers le sommet, on devrait les attribuer au catarrhe pulmonaire avec dilatation des bronches.

Phénomènes généraux. — Dans la phthisie, les altérations du poumon n'étant que la manifestation locale d'une diathèse qui se traduit par la production de tubercules ou d'autres lésions dépendant du même principe dans un grand nombre d'autres viscères, on comprend que, indépendamment des symptômes locaux de l'appareil respiratoire, il y ait un grand retentissement exercé à la fois sur plusieurs points de l'économie ; aussi voyons-nous apparaître une foule d'autres phénomènes morbides d'une importance majeure, tels que la fièvre, les troubles des fonctions digestives, puis des sueurs copieuses et un état de cachexie et de marasme qui annonce la profonde atteinte subie par l'organisme tout entier.

La dilatation des bronches, au contraire, n'est qu'une disposition anatomique consécutive à des actions morbides de nature inflammatoire ou catarrhale, et ne se lie manifestement à aucune diathèse grave ; aussi, à part la gêne mécanique apportée à l'hématose, et l'abondance des sécrétions muco-purulentes qui l'accompagnent, elle

peut durer longtemps sans déterminer de perturbation notable dans le reste de l'économie.

Habitude extérieure. — On sait combien sont remarquables, dans la phthisie avancée, cette pâleur mate du visage, cet amaigrissement prononcé, cet air de souffrance et d'abattement, cette profonde altération des traits, ce dépérissement, en un mot, qui a fait donner à cette maladie le nom de *consomption.* — Dans la dilatation des bronches, au contraire, si l'on excepte les cas de complication, soit d'une affection aiguë intercurrente, soit d'une lésion diathésique, comme les tubercules ou le cancer, les malades, quoique amaigris à des degrés variables, ne présentent le plus souvent qu'une pâleur modérée, et conservent un certain air de force, une mine assez satisfaisante; et l'on ne trouve point en eux cet aspect hâve et cette altération de la physionomie qui révèlent souvent au premier coup d'œil, chez les phthisiques, l'existence d'une lésion profonde et grave de l'économie tout entière.

Fièvre. — Dans la phthisie tuberculeuse, qui le plus souvent débute sourdement sans travail phlegmasique préalable, la fièvre n'existe, dès le commencement de l'affection, que chez la cinquième partie des sujets, apparaît chez un autre cinquième dans le cours de la première période, et se déclare chez les trois autres cinquièmes dans la deuxième période seulement; de telle sorte qu'elle signale assez rarement la première évolution de la maladie, tandis qu'elle ne manque presque jamais après le ramollissement des tubercules.

Dans la dilatation des bronches, au contraire, qui se développe le plus souvent comme conséquence d'un état complexe, au moins en grande partie de nature phlegmasique (bronchite, engouement pulmonaire, pleurésie), la fièvre signale fréquemment la première phase de la

maladie, diminue ensuite avec ces états phlegmasiques, et disparaît souvent sans laisser de traces, à une époque où les signes de l'anévrysme des bronches se révèlent de la manière la plus évidente. L'observation IXe en montre un frappant exemple.

Vomissements. — Dans la dilatation des bronches, on observe quelquefois des nausées, plus rarement des vomissements de matières alimentaires produits presque toujours mécaniquement par les secousses de la toux.

Dans la phthisie, au contraire, les troubles gastriques sont beaucoup plus fréquents et plus graves, puisque chez la plupart des malades (16 fois sur 19), on voit survenir une diminution de l'appétit, une douleur plus ou moins vive à l'estomac, des nausées et des vomissements, non-seulement de matières alimentaires, mais aussi de matières bilieuses, lesquels, avec la douleur, la soif et la fièvre, signalent un état pathologique de l'estomac. (Louis, *ibid.* p. 216.)

Diarrhée. — Les différences que nous venons de signaler pour la fréquence et la nature des troubles gastriques, dans l'une et l'autre maladie, sont encore plus prononcées pour les dérangements intestinaux : ainsi la diarrhée est très commune chez les phthisiques, puisque sur 112 malades observés par M. Louis, cinq seulement y avaient échappé. Débutant chez un petit nombre avec les tubercules, elle ne survient chez d'autres que dans les derniers jours de la vie ; mais chez le plus grand nombre, elle se déclare dans la seconde moitié de l'affection, intermittente d'abord, puis de plus en plus persistante et continue, à mesure qu'on approche du terme fatal.

Dans la dilatation des bronches, au contraire, le dévoiement ne se produit que sous l'influence de causes accidentelles, ou comme phénomène ultime pendant les derniers jours de l'existence, et l'on n'observe de diarrhée persistante et de longue durée que dans le cas

d'une complication de tubercules ou de cancer du tube digestif.

Sueurs. — Ce symptôme, comme les précédents, est rare dans la dilatation simple des bronches ; puis, ce ne sont le plus souvent que des transpirations modérées, et l'on n'observe pas ces sueurs profuses et opiniâtres qui se déclarent si fréquemment dans le cours de la phthisie pulmonaire.

Menstruation. — On connaît l'influence que la diathèse tuberculeuse exerce sur les règles qu'on voit si souvent diminuer, puis se supprimer complétement à une époque plus ou moins avancée de la maladie.

Le catarrhe des bronches n'apporte pas de trouble manifeste dans l'accomplissement de la menstruation, et les règles continuent le plus ordinairement de paraître jusqu'à l'époque de leur cessation physiologique.

Ganglions lymphatiques. — L'examen attentif des régions cervicales peut encore fournir quelques données utiles pour le diagnostic.

On sait le lien de parenté morbide, si je puis m'exprimer ainsi, qui existe entre les tubercules des viscères et la tuberculisation des glandes lymphatiques. Huit fois sur 80, M. Louis a trouvé les glandes cervicales tuberculeuses et augmentées de volume, chez des malades morts de phthisie pulmonaire ; sur 43 cas, au contraire, de dilatation des bronches, nous ne trouvons qu'une seule fois la mention de la dégénérescence des ganglions lymphatiques du cou, et c'était chez une jeune fille tuberculeuse. Le sujet de l'observation XIe portait des cicatrices à l'angle de la mâchoire inférieure : il était également phthisique.

Enfin, nous pouvons trouver quelques éléments de diagnostic dans l'état de certains viscères profondément placés, dont il est possible de constater quelques-uns des caractères physiques, ou même le fonctionnement

plus ou moins régulier par la palpation, la plessimétrie et l'auscultation combinées.

Ainsi, dans l'immense majorité des cas, le *cœur* diminue de volume chez les phthisiques et d'autant plus, en général, que la maladie a une durée plus longue; sur 112 sujets, M. Louis n'a trouvé que trois exemples d'une augmentation manifeste des dimensions du cœur.

Sur nos 43 malades affectés de dilatations des bronches, 12 ont présenté des signes sensibles d'altération du cœur, dont 8 cas d'hypertrophie et 4 cas de rétrécissement des orifices.

De même encore pour le *foie* : Chez la troisième partie des phthisiques (40 fois sur 120), M. Louis a trouvé ce viscère à l'état gras et son volume était alors presque toujours augmenté, quelquefois même près de deux fois plus considérable que dans l'état naturel, de telle sorte qu'il occupait l'épigastre, dépassait les fausses côtes de deux ou trois travers de doigt, et s'étendait, chez quelques sujets, jusqu'à la crête de l'os des iles.

Sur 7 de nos malades seulement, nous avons trouvé le foie légèrement augmenté de volume, et deux fois son tissu était en même temps un peu gras; mais comme trois de ces malades étaient tuberculeux, on voit que la proportion des cas où l'on trouve ce viscère hypertrophié est beaucoup moindre que dans la phthisie.

Marche de la maladie. — La manière dont les phénomènes se succèdent et s'enchaînent présente aussi dans l'une et l'autre maladie de notables différences. Ainsi, pour la phthisie : début souvent sans cause connue, sans phénomènes généraux fébriles, par une toux sèche d'abord, humide ensuite, presque toujours progressivement croissante, avec hémoptysies fréquentes au commencement ou dans le cours de la première période; puis, après un certain temps, apparition de la fièvre et d'un cortége de symptômes généraux; et pendant tout

son cours, aggravation ordinairement progressive indépendamment de l'influence des saisons.

La dilatation des bronches, au contraire, naît le plus souvent dans la période décroissante d'une affection aiguë fébrile, et les phénomènes locaux persistent et quelquefois augmentent d'intensité pendant que les symptômes de la maladie première diminuent et se dissipent. Puis le catarrhe qui constitue le phénomène le plus apparent subit, beaucoup plus que la phthisie, l'influence de la température, s'amendant par le beau temps pour s'aggraver de nouveau à l'approche de la mauvaise saison.

Durée. — Le temps depuis lequel dure la maladie au moment où il s'agit de se prononcer peut quelquefois servir à dissiper le doute.

Sur une série de 193 cas de phthisie dont la durée a été fixée avec toute la précision possible, 137 malades, ou plus des deux tiers, avaient succombé dans le cours de la première année ; 42 autres étaient morts entre un et deux ans, et 24 seulement, 1 sur 8, avaient prolongé leur existence au delà de ce terme. (Louis, *ibid.*, p. 189.)

Sur 32 de nos malades pour lesquels le début de la dilatation a pu être fixé avec quelque précision, il en est 7 seulement chez lesquels la maladie datait de moins d'une année lorsqu'ils furent soumis à notre observation ; chez 4, elle durait de un à deux ans, et chez 21, les deux tiers, elle remontait à une époque souvent beaucoup plus reculée.

De telle sorte que si un malade se présentait avec des signes locaux douteux, et atteint d'une toux plus ou moins permanente et d'une abondante sécrétion puriforme depuis un grand nombre d'années, ce serait *un* motif de plus pour conclure à une dilatation des bronches plutôt qu'à une phthisie pulmonaire.

C'est cette considération qui nous a fait apprécier

exactement le cas suivant, où la présence d'un râle humide à grosses bulles aux deux sommets de la poitrine était bien de nature à induire en erreur, en faisant croire à l'existence de cavernes tuberculeuses.

OBSERVATION XIIe.

Joséphine Baille, âgée de soixante-seize ans, chaussonnière, a été admise à l'hospice de la Vieillesse, le 22 septembre 1849. Il y a trente-quatre ans qu'elle est atteinte d'une affection des voies respiratoires dont elle fait remonter l'origine à une date certaine, celle de l'invasion des alliés en 1815. Depuis cette époque elle tousse et crache, et son rhume, généralement plus fort l'hiver que l'été, n'a jamais eu d'interruption complète; ses crachats, plus ou moins abondants, ont été maintes fois teints de quelques stries de sang; mais elle n'a pas eu d'hémoptysie considérable, et sa santé s'est assez bien soutenue.

Un nouvel accroissement de malaise et de rhume au commencement de la mauvaise saison la fait entrer le 2 novembre à l'infirmerie, salle Saint-Paul, n° 8.

Le lendemain, elle est dans l'état suivant :

Maigreur assez grande, facies naturel, absence de fièvre ; toux fréquente, expectoration facile d'nne grande quantité de crachats muqueux, opaques, aérés à la surface.

A la percussion, la poitrine, des deux côtés, rend un son légèrement obscur au sommet, notablement exagéré dans les régions moyennes et inférieures.

A l'auscultation on constate, à droite et à gauche, des râles muqueux, abondants, à bulles variables, plus grosses dans les régions supérieures, plus fines au-dessous, s'étendant à gauche dans toute la hauteur du thorax, et allant, du côté droit, en diminuant vers la base, où ils cessent d'être perçus.

Bruits du cœur sourds, normaux du reste; léger œdème des membres inférieurs ; appétit passable ; fièvre modérée.

On prescrit : *gomme sucrée*, 50 *grammes de manne*, une *potion gommeuse* avec 15 *grammes d'oxymel scillitique*. Une portion d'aliments.

Les jours suivants, on ajoute aux moyens précités quelques *pré-*

parations d'ipécacuanha. Cependant les choses se modifient peu du côté des voies respiratoires : toux fréquente, grasse ; expectoration toujours facile de crachats abondants, muqueux, opaques ; râles humides à bulles de grosseur variable, toujours plus gros et plus prononcés au sommet de la poitrine.

Vers le milieu de novembre, l'appétit diminue ; il survient de la diarrhée qui résiste à l'emploi des *sirops astringents*, du *diascordium* et de la *décoction blanche de Sydenham.*

Le 20, on constate un affaiblissement marqué des facultés intellectuelles, avec stupeur de la face, expression d'hébétude ; refroidissement des extrémités.

Dès le lendemain, il s'y joint une agitation extrême, une loquacité incessante.

Bientôt (le 22) le pouls devient irrégulier, à peine sensible, et la malade succombe le 24, cinq jours après le début des accidents cérébraux.

Autopsie faite le 25 *novembre, à dix heures du matin.*

TÊTE. — La pie-mère est infiltrée d'une quantité considérable de liquide séro-floconneux, ne s'écoulant qu'en partie, nulle part purulent, mais assez abondant pour former une couche qui s'étend même sur les circonvolutions cérébrales. Les lamelles de la pie-mère qui pénètrent dans l'intervalle des replis de l'encéphale en sont très épaissies. Comme conséquence, les anfractuosités cérébrales sont élargies et les circonvolutions elles-mêmes sont amincies par la pression qu'elles ont éprouvée. Cependant la substance corticale et toutes les parties de la masse nerveuse sont d'une bonne consistance. Seulement les ventricules latéraux sont distendus par une grande quantité de sérosité limpide.

POITRINE. — Le *péricarde*, libre, lisse, contient de 20 à 25 grammes de sérosité.

Le *cœur* est de volume moyen ; ses chairs sont fermes. La valvule mitrale est épaissie, opaque ; l'orifice auriculo-ventriculaire un peu rétréci. Les valvules aortiques contiennent dans leur épaisseur des incrustations ossiformes. Les parois de l'aorte renferment à l'intérieur quelques plaques jaunes, les unes fermes, les autres ramollies.

Les *plèvres* contiennent peu de sérosité ; libres dans leurs parties inférieures, elles adhèrent supérieurement au sommet des

poumons, qui sont retenus tous deux par des attaches celluleuses à la voûte pectorale.

Les *poumons* sont volumineux, tachetés de nombreux points noirs, et présentent partout des plaques emphysémateuses formant relief à leur surface. Souples, élastiques dans leur moitié inférieure, ils sont plus denses et plus fermes aux deux sommets, qui présentent des dépressions profondes dues à un retrait partiel de leur tissu. Celui-ci est compacte, mais résistant et sans friabilité, dans les parties supérieures ; léger, souple, normal à la base. Depuis le niveau de la deuxième jusqu'à la quatrième ou cinquième côte, le parenchyme pulmonaire est parsemé de granulations tuberculeuses de la grosseur d'une tête d'épingle, grises, fermes, disséminées ou rapprochées en groupes.

Les *bronches* ont une teinte généralement rougeâtre ; les rameaux des lobes inférieurs ont à peu près leur forme et leur diamètre habituels. A mesure qu'on se rapproche du sommet des poumons, ces conduits présentent çà et là un diamètre plus large vers leur extrémité qu'à leur origine. Dans tout le tiers supérieur des deux côtés, les tuyaux bronchiques, au lieu de se rétrécir graduellement, conservent leur diamètre, s'élargissent même dans leur trajet; puis, en approchant de la superficie du poumon, ils se renflent de manière à former des dilatations en ampoules, arrondies, ovalaires ou irrégulières, qui pourraient contenir depuis le volume d'un gros pois jusqu'à celui d'une forte noisette. Plusieurs de ces ampoules arrivent près de la surface du poumon ; quelques-unes ne sont séparées de la plèvre que par une épaisseur de tissu de 2 à 3 millimètres. Le parenchyme intermédiaire aux dilatations est comprimé, dense, résistant, nullement crépitant, réduit, en différents points, à une couche de quelques millimètres, tellement que les parois de plusieurs ampoules sont presque immédiatement accolées entre elles. Ces cavités contiennent peu de mucus ; leur membrane interne est d'un rouge foncé, à surface lisse, présentant seulement une infinité de petits plis très peu saillants, dirigés transversalement à la longueur des bronches. Cette membrane est mince et souple, mais un peu moins résistante que dans l'état naturel ; en la comparant avec la membrane muqueuse des bronches de la base du poumon, non dilatées, on voit évidemment qu'elle a une épaisseur double et triple de cette dernière.

ABDOMEN. — L'*estomac* est sain ; le reste du tube digestif n'a pas été examiné.

La *rate* est grosse ; son tissu est d'un rouge foncé, friable.

Le *foie* est un peu volumineux, déformé par l'effet du corset ; son tissu est congestionné, de consistance moyenne.

Les *reins* sont également congestionnés ; la *vessie* est contractée.

Les *ovaires* sont de consistance cartilagineuse ; les veines ovariques renferment plusieurs petites concrétions solides connues sous le nom de phlébolithes.

Les *circonstances antérieures* au développement de la maladie fournissent encore quelques données qui peuvent servir au diagnostic. Ainsi, dans la dilatation des bronches, il n'est pas rare de constater, par un interrogatoire attentif, que le malade a eu souvent des rhumes plus ou moins prolongés, avant d'être atteint de son affection actuelle.

C'est le contraire dans la phthisie : « Sur 80 malades qui avaient pu rendre compte des affections qu'ils avaient éprouvées antérieurement, 23 seulement étaient fort sujets au catarrhe pulmonaire ; 52 en étaient rarement atteints (Louis, *Phthisie*, p. 600). »

Age. — Ajoutons que la phthisie, fréquente dans le jeune âge, survient plus rarement à mesure qu'on avance dans la vie ; et comme elle est généralement de courte durée, il s'ensuit que les exemples de cette maladie se rencontrent dans une proportion beaucoup moins grande après l'âge de quarante ans.

La dilatation des bronches est une maladie de l'âge mûr (35 de nos malades, plus des quatre cinquièmes, avaient au moins 40 ans) ; et comme elle a le plus souvent une durée longue, on peut en conclure qu'il est plus ordinaire d'observer cette forme de catarrhe après la période moyenne de la vie.

Hérédité. — Une dernière considération, qui peut être

de quelque secours pour éclairer un diagnostic si difficile, c'est celle des conditions héréditaires.

La phthisie, en effet, est une des affections diathésiques dans lesquelles on trouve le plus souvent des ascendants atteints de la même maladie. M. Louis a constaté ce fait d'hérédité pour la dixième partie des sujets dont il a pu obtenir des renseignements certains, et selon M. Briquet, cette proportion serait de plus du tiers, puisque sur 99 phthisiques, il en a trouvé 36 qui étaient nés de parents tuberculeux.

Pour la dilatation des bronches, qui constitue un état morbide généralement consécutif à des maladies tout à fait accidentelles, on conçoit moins l'intervention de l'hérédité; et, sur une trentaine de malades que nous avons interrogés à ce sujet, il en est deux seulement dont la mère avait l'*haleine courte*, et, chez l'un, il y avait complication de phthisie tuberculeuse.

Ainsi, dans un cas douteux, si l'on constatait positivement l'existence de la phthisie chez les parents, ce serait un motif de plus d'attribuer la maladie actuelle à une tuberculisation pulmonaire.

Si nous résumons sommairement les traits les plus saillants de ce parallèle, nous voyons la dilatation des bronches, le plus souvent unilatérale, affecter de préférence la base du poumon, et, quand elle occupe toute la hauteur, aller en diminuant à mesure que l'on remonte vers le sommet, tandis que la phthisie, à la période ulcéreuse, rarement bornée à un seul côté de la poitrine, est presque toujours localisée au sommet du poumon et n'en occupe la base que d'une manière exceptionnelle; dans ce cas même il est infiniment rare de ne pas rencontrer aussi des tubercules dans les parties supérieures.

Ici la douleur de côté, rare au début, survient presque toujours à une période plus ou moins avancée de la

maladie. — Là cette douleur, assez fréquente au commencement, a lieu rarement quand la dilatation a déjà une certaine durée.

Dans la phthisie, la dyspnée est généralement prononcée, au moment de la période ulcéreuse, et la voix fréquemment altérée devient rauque, puis s'éteint graduellement en même temps que se déclarent des douleurs plus ou moins vives au larynx. — Dans la dilatation bronchique la dyspnée est le plus souvent modérée, la voix reste intacte ou se voile à peine, mais ne s'éteint jamais, et il ne s'y joint aucune douleur au cou.

Dans la première, la toux, souvent sèche au début, est douloureuse ou fatigante, se répète à distances rapprochées et donne lieu à une expectoration médiocrement abondante de crachats verdâtres, opaques, nummulaires ou pelotonnés, plongeant dans l'eau ou laissant détacher des grumeaux qui se précipitent au fond du vase. — Dans la seconde, la toux est grasse, humide, facile, se reproduit par crises séparées par de longs intervalles de repos; les bronches semblent se vider de loin en loin et il se fait alors une expectoration abondante de crachats muco-purulents fondus en une masse homogène qui surnage en nappe à la surface de l'eau ou ne plonge qu'en partie au-dessous du niveau du liquide.

Parvenue à la période ulcéreuse, la phthisie donne lieu à des dépressions notables dans les régions sus et sous-claviculaires et le thorax est souvent rétréci dans sa circonférence supérieure. — Quand la dilatation est prononcée, il y a le plus ordinairement une dépression unilatérale et la poitrine n'est rétrécie que d'un seul côté, dans les parties inférieures.

Au niveau des cavernes, le son rendu par la percussion est ordinairement sec, mat, fréquemment accompagné de bruit de pot fêlé. — Dans le point correspondant aux bronches dilatées, le son est habituellement obscur, mais

très rarement mat et le bruit de pot fêlé ne se produit presque jamais.

Dans le premier cas, l'auscultation fait entendre un souffle caverneux généralement circonscrit, avec gargouillement et pectoriloquie, et parfois la respiration amphorique et le tintement métallique quand le malade parle ou tousse. — Dans le deuxième cas c'est souvent une respiration broncho-caverneuse et une bronchophonie diffuse; les gros râles humides alternent fréquemment avec le souffle caverneux et l'on n'entend pas de tintement métallique.

Quand ils se lient à la présence de cavernes tuberculeuses, les phénomènes précités sont le plus habituellement limités aux régions supérieures de la poitrine où ils se manifestent aussi bien en avant qu'en arrière, et s'ils s'étendent à une grande hauteur du poumon, ils vont d'ordinaire en décroissant du sommet vers la base; presque jamais on ne les trouve bornés à la partie inférieure. — Quand ils annoncent des bronches dilatées, ils ont plus souvent leur siége à la base, vont en diminuant de bas en haut, s'entendent presque toujours seulement en arrière et sont rarement limités au sommet de la poitrine.

La phthisie donne lieu à des phénomènes généraux, nombreux et graves, que l'on ne retrouve point dans le catarrhe avec dilatation des bronches: ici l'on observe une pâleur mate, une maigreur prononcée, une expression de souffrance remarquable; des hémoptysies fréquentes, la fièvre presque toujours, des vomissements souvent et surtout une diarrhée persistante et rebelle, des sueurs fréquentes et profuses, une notable dépression des forces, puis la suppression presque constante des menstrues et souvent aussi des engorgements des glandes externes ou des cicatrices d'abcès tuberculeux antérieurs. — Dans la dilatation, le teint se conserve,

avec un certain embonpoint et une expression assez naturelle de la physionomie; les hémoptysies sont rares, la fièvre est légère ou nulle, les vomissements ne surviennent que par un effet mécanique, la diarrhée est une exception, les sueurs sont rares et modérées, les forces se maintiennent, la menstruation continue de s'accomplir, et l'on ne voit point d'engorgements strumeux mais on trouve assez souvent des signes d'affection du cœur.

La phthisie, commune dans le jeune âge et maintes fois héréditaire, est une maladie primitive, apyrétique au début, fébrile plus tard, qui suit une marche ordinairement croissante, parcourt rapidement ses diverses périodes et se termine le plus souvent en moins de deux ou trois ans d'une manière funeste. — La dilatation des bronches, plus fréquente dans l'âge mûr, ne reconnaît pas d'influence héréditaire ; généralement consécutive à des maladies aiguës, elle est par cela même fébrile à son origine, mais devient apyrétique plus tard, reste fréquemment stationnaire, présente dans son cours des variations d'intensité, dure souvent depuis quinze à vingt ans quand on l'observe, et peut seprolonger indéfiniment à moins qu'une affection complicante ne vienne en hâter la fin.

En terminant ce tableau comparatif, nous ne voulons pas nous dissimuler que chacun des caractères différentiels que nous avons mis en relief, si on le considère isolément, n'a qu'une importance restreinte pour la distinction positive entre la phthisie et la dilatation des bronches ; mais en les rapprochant les uns des autres, ils acquièrent une grande valeur par leur concordance, et ils fournissent, ainsi réunis en faisceau, la plus grande chance de faire connaître à laquelle de ces deux maladies on a véritablement affaire.

Et de quelle importance n'est-il pas, nous le répétons, de distinguer sûrement l'une de l'autre deux maladies

si différentes par leurs conséquences, dont l'une, en détruisant la substance du poumon, donne lieu successivement à une foule de lésions dans la plupart des organes les plus essentiels, et se termine le plus souvent, dans un espace de temps assez court, par la mort du malade, et dont l'autre, malgré les troubles qu'elle apporte aux fonctions respiratoires, n'atteint pas, comme la phthisie, les sources mêmes de la vie, et n'est généralement pas incompatible avec une longue existence. Si donc, en présence d'une affection de poitrine d'apparence grave, on parvient à en déterminer la nature à l'aide des divers éléments de diagnostic que nous avons signalés; si, grâce à cette analyse raisonnée des symptômes, de la marche et des conditions étiologiques de la maladie, on arrive à reconnaître qu'il s'agit d'une dilatation des bronches, que d'inquiétudes dissipées, que d'espérances rendues, et quelles chances d'amélioration résultant de la confiante quiétude du malade, que le médecin ne peut donner à moins de la posséder lui-même avec une entière conviction. L'observation suivante est un frappant exemple des heureuses conséquences d'un semblable diagnostic.

OBSERVATION XIIIe.

M^r. B..., âgé de cinquante-cinq ans, de La Haye (Hollande), taille de 5 pieds 2 pouces, d'une constitution et d'une force moyennes, ayant le teint pâle, les chairs molles, les cheveux blonds et grisonnants, nous consulte en juin 1852 pour une affection qui lui inspire les plus sérieuses inquiétudes.

Son père et sa mère sont morts dans un âge avancé par suite d'accidents; il a eu une sœur qui est morte en couches.

De quinze à vingt ans, il a subi d'abord les fatigues de la carrière militaire. Livré ensuite à l'agitation fiévreuse de la politique, et faisant à la fin des excès de table et de travail intellectuel, il ar-

riva à l'âge de cinquante ans sans avoir éprouvé de troubles sérieux dans sa santé.

A cette époque (automne de 1847), la maladie actuelle débuta au milieu d'un concours de circonstances fâcheuses, telles que des chagrins profonds, des émotions morales violentes, un exercice immodéré de l'escrime pendant le jour, et un travail excessif de cabinet pendant la nuit : A la suite de lotions froides destinées à combattre une douleur de l'épaule et du bras droit, et, quelque temps après que le malade eut avalé par accident une arête de poisson, qu'il essaya vainement de rejeter en faisant de violents efforts de toux accompagnés d'une sensation de déchirement dans le côté droit de la poitrine, il se déclara un accès de fièvre, suivi de toux et d'expectoration muqueuse. Négligée dans ses commencements, la toux persiste, plus violente par intervalle ; le malade sent un goût fétide dans la bouche, surtout pendant les trois premiers mois, et plus tard, les crachats deviennent aussi fétides, quand ils ont séjourné quelques heures dans un vase.

Après un séjour aux eaux d'Ems sans succès, M. B... eut recours aux amers, aux ferrugineux, puis aux balsamiques ; mais la toux et l'expectoration n'en furent point amendées.

En décembre 1848, une hémoptysie de 400 à 500 grammes de sang noirâtre survint à la suite d'une violente émotion, et après l'application d'un sinapisme chaud sur la poitrine. L'hémorrhagie se renouvela deux fois le lendemain et ne cessa que le troisième jour. Trois saignées furent alors pratiquées, et deux cautères appliqués sur la poitrine. A la suite de cet accident, l'expectoration devient surtout abondante après le premier repas, et les crachats, d'apparence puriforme, étaient rejetés par flots au moment de la toux.

Après un hiver passé dans sa chambre, le malade se rendit à Bonnes; mais deux hémoptysies considérables le forcèrent à suspendre l'usage des eaux, et pendant tout l'hiver qui suivit son retour, les crachements de sang continuèrent. Suspendues pendant trois mois passés en Hollande, à partir de mars 1850, les hémoptysies reparaissent dès que le malade, de retour à Bonnes, fait usage des eaux; elles sont énormes et se répètent dix fois en cinq jours. Cependant il n'en éprouve pas d'épuisement consécutif notable.

Pendant deux années de séjour à Paris, il n'y a plus d'hémor-

rhagie; mais, durant cette période, la toux et l'expectoration ont persisté avec les mêmes caractères qu'aujourd'hui, sans douleur de côté, sans oppression notable, et sans altération de la voix. Depuis la dernière hémoptysie, il est survenu de la pâleur, de l'amaigrissement avec diminution des forces, mais sans diarrhée ni sueurs copieuses. Enfin les doigts sont devenus volumineux à leur extrémité, et les ongles se sont bombés.

Actuellement (juin 1852), physionomie triste et résignée, sans expression de souffrance. Embonpoint médiocre; la figure est décolorée sans avoir la pâleur mate si fréquente chez les phthisiques. Le malade qui reste levé tout le jour, peut se coucher indifféremment sur l'un ou l'autre côté.

Il n'y a pas de douleur à la poitrine, et très peu d'oppression dans l'état de repos. La voix est un peu voilée, sans altération manifeste de son timbre habituel.

La toux, rare la nuit, est surtout fréquente et forte le matin; elle est précédée alors d'un sentiment d'irritation pénible à la gorge et d'une oppression légère qui cesse par l'expectoration. Celle-ci est facile et caractérisée par des crachats très abondants, d'un goût salé, formant une masse muco-purulente pouvant remplir un verre en deux heures, et qui, versée dans l'eau, reste suspendue sous forme d'une large nappe à la surface du liquide. A peine quelques parcelles se séparent de la masse et plongent au fond du vase.

Vers une heure, il se renouvelle une crise analogue de toux et d'expectoration abondante, d'une odeur fade et parfois avec un goût de noisette pour le malade. Puis la toux se calme et disparaît quelquefois pendant douze à quinze heures, à l'exception de quelques instants de toux dans la soirée, et il survient alors un sentiment de bien-être très marqué. L'air froid et humide augmente la toux; l'air sec et chaud la diminue; une atmosphère humide et chaude paraît la plus favorable. Les crachats abandonnés à eux-mêmes dans un vase, deviennent fétides d'autant plus vite, que la température est plus élevée.

Le thorax est bien conformé, sans dépression des régions sus et sous-claviculaires. Sous la clavicule droite on voit les traces de quatre cautères.

Sonorité antérieure médiocre, mais égale des deux côtés à la

percussion ; en arrière, pas de matité évidente aux sommets droit et gauche ; plus bas, son moyen à gauche, obscur du côté droit, aux environs de l'angle inférieur de l'omoplate.

A l'auscultation, la respiration est peu moelleuse en avant, mais sans rudesse ni expiration prolongée. Sous les clavicules, il n'y a ni craquements, ni bulles humides, ni exagération de la voix ou de la toux. En arrière, au sommet, la respiration est généralement peu douce, mais sans râles ni autres signes anormaux. Plus bas, rien de remarquable à gauche, mais, du côté droit, au niveau de la submatité signalée et dans une étendue d'environ 7 à 8 centimètres de diamètre, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, on entend une respiration caverneuse bien distincte ; la voix est caverneuse aussi dans le même point et retentit fortement sous l'oreille ; il en est de même de la toux.

La région précordiale est bien conformée, normalement sonore à la percussion. Il n'y a pas de palpitations de cœur ; rien d'anormal à l'auscultation ; le pouls est calme et la peau sans chaleur fébrile.

L'appétit est bon, les selles sont rares, il n'y a pas de sueurs abondantes, et les forces, quoique diminuées, permettent cependant au malade de monter plusieurs centaines de marches dans la journée. Comme il est sur le point de faire le voyage de Hollande, je dois me borner à lui donner quelques conseils hygiéniques, et je m'attache à relever son courage et à lui faire partager la conviction que sa maladie n'a pas la gravité qu'il lui suppose.

Deux mois plus tard, je le revois à Paris, moins triste, plus fort, mais d'ailleurs dans la même situation. L'examen de la poitrine me fournit les mêmes résultats que précédemment à la percussion et à l'auscultation, si ce n'est que le bruit expiratoire paraît seulement un peu prolongé aux sommets des poumons (où il y a toujours absence de râle), et que la respiration caverneuse signalée au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate droite, s'accompagne par intervalles de quelques grosses bulles de râle caverneux.

Ces résultats confirment pleinement les espérances que j'avais cru pouvoir exprimer deux mois auparavant.

Je conseille au malade de séjourner dans la partie centrale de l'Europe, dans une habitation exposée au midi, et où la température serait maintenue dans un état moyen de douceur et d'hygro-

métrie par l'évaporation de l'eau dans les temps secs et le feu des foyers dans les temps humides; de suivre les règles d'une hygiène sévère ; d'adopter un régime fortifiant et réparateur, l'usage du vin de quinquina pris avant les repas, celui d'un sirop calmant le soir, l'emploi des balsamiques à l'intérieur et en émanations ; et enfin, par intervalles, des laxatifs doux (huile de ricin ou manne en larmes), des bains sulfureux et des frictions sur la poitrine ou sur les membres avec l'huile de croton tiglium, pour y produire une éruption artificielle.

Cette observation est assurément pleine d'intérêt : à l'époque où le malade est venu nous consulter, il avait perdu courage, désespérait de son rétablissement et croyait sa fin prochaine. Ces craintes semblaient au premier abord parfaitement justifiées : en présence d'un rhume si persistant qui débute au milieu d'un concours de causes débilitantes, se prolonge sans répit, s'aggrave, se complique plus tard d'hémoptysies nombreuses et considérables, donne lieu incessamment à une expectoration abondante de crachats épais, verdâtres, d'aspect puriforme, et s'accompagne enfin de pâleur et d'amaigrissement avec diminution des forces, gonflement de l'extrémité des doigts et incurvation des ongles, on pouvait aisément croire à l'existence d'une phthisie pulmonaire. Puis l'opinion déjà plusieurs fois émise sur la nature tuberculeuse de la maladie, certains traitements prescrits pour la combattre, tels que les cautères appliqués sous la clavicule droite, étaient de nature à confirmer la croyance à une lésion dont la conséquence à peu près inévitable était une terminaison prochainement funeste.

Cependant une étude plus approfondie des symptômes, une appréciation rigoureuse des signes fournis par l'auscultation, nous ont mis à même de rendre l'espérance à un malade qui se croyait perdu sans retour.

L'intermittence de la toux revenant par crises suivies

de longs intervalles de calme et de bien-être ; l'aspect muqueux des crachats flottant en nappe à la surface de l'eau, l'abondance même de ces crachats qui eût rendu la vie depuis longtemps impossible, si les matières expectorées provenaient de la fonte successive de tubercules pulmonaires ; puis l'absence de sueurs copieuses, la conservation de l'appétit, le peu d'altération de la voix, la diminution peu considérable des forces et le degré modéré de l'amaigrissement malgré la longue durée de la maladie et la quantité de produits morbides rejetés chaque jour, éloignaient de nous l'idée de la phthisie.

Ensuite le siége du son obscur, de la respiration et du râle caverneux d'un seul côté, à la base de la poitrine, puis l'absence de signes de tubercules aux deux sommets du thorax où l'on ne constate ni dépression sous-claviculaire, ni matité, ni râles humides, ni craquements, ni rudesse positive du murmure vésiculaire, ni expiration prolongée, ni retentissement anormal de la toux et de la voix, toutes ces considérations réunies nous ont confirmé dans la pensée qu'il n'y avait pas de phthisie pulmonaire mais qu'il s'agissait en réalité d'une dilatation des bronches.

Par cette maladie en effet, on avait l'explication de ce rhume déjà si ancien, de cette expectoration quotidienne si abondante et de cette respiration caverneuse alternant avec du gargouillement en un point limité de la base du poumon droit.

Ces déductions d'une observation attentive ont d'ailleurs été sanctionnées par l'épreuve du temps : en juin 1853, le malade est revenu nous voir ; l'expectoration et les signes stéthoscopiques étaient encore les mêmes ; mais l'oppression était peu prononcée et ne l'empêchait pas de monter, pour ses affaires, une vingtaine d'étages dans la journée ; il éprouvait d'ailleurs un bien-être qui

n'existait pas autrefois ; il avait repris courage et retrouvé du bonheur dans la conviction qu'il n'était pas atteint de phthisie. — Plus récemment encore (en été 1855) nous l'avons revu de nouveau, toujours toussant et crachant en abondance, mais bion portant d'ailleurs et plein de confiance en l'avenir.

On voit par cet exemple, quel heureux résultat peut produire la constatation d'une dilatation des bronches, quand on croyait avoir affaire à une phthisie pulmonaire tuberculeuse.

Lors même que la certitude ne naîtrait pas absolue et complète, ne serait-ce pas un grand bien de voir le doute, et conséquemment quelque espoir d'amélioration, substitué au désespoir fondé sur la croyance à un mal trop souvent sans ressources ?

Enfin, dans le cas où la coïncidence des caractères habituels de la phthisie et de ceux du catarrhe avec anévrysme des bronches ferait conclure à l'existence simultanée de la dilatation bronchique et des tubercules pulmonaires, n'y aurait-il pas encore là des avantages pratiques d'une réelle importance, ce diagnostic mettant le médecin à même de faire la part de l'une et de l'autre affection pour le pronostic et le traitement? Assurément, dans ce cas, la phthisie dominerait la scène à tous les points de vue; mais si la coïncidence de cette double affection ne laissait malheureusement aucun doute sur une terminaison définitivement funeste, on serait du moins mieux éclairé sur la durée possible de la maladie, et en attribuant à la dilatation ce qui lui appartient dans les bruits perçus par l'auscultation et dans l'abondance de l'expectoration morbide, on se sentirait en droit d'espérer un ajournement au terme fatal que dès l'abord on pouvait croire très prochain.

Pronostic.

Considérée en elle-même, la dilatation des bronches, sans être une maladie grave, constitue cependant une affection fâcheuse. A l'état de simplicité, elle ne compromet pas directement la vie, mais elle l'entrave par une toux gênante, une expectoration incommode ; elle l'use par l'abondance des sécrétions morbides, et l'attriste par la perspective d'une persistance indéfinie.

La sujétion qu'elle impose est d'ailleurs plus ou moins pénible, l'atteinte qu'elle porte à la santé varie d'importance, et les chances de durée, d'aggravation ou de retour à un état meilleur, diffèrent selon l'étendue et le degré de la dilatation, selon l'abondance des sécrétions catarrhales, selon l'ancienneté de la maladie, comme aussi selon l'âge du malade, et selon les conditions hygiéniques au milieu desquelles il est placé.

En effet, que la dilatation soit peu prononcée et n'occupe qu'une partie peu étendue des conduits aériens, il n'en résultera qu'un trouble très médiocre de l'hématose, les exhalations morbides seront aisément supportées, et la maladie mettra peu d'obstacle à l'accomplissement régulier des fonctions de la vie. Qu'elle existe depuis peu de temps chez un sujet jeune, d'ailleurs bien portant et entouré de soins convenables, les bronches, conservant en partie leur ressort, pourront revenir graduellement sur elles-mêmes ; le tissu pulmonaire, encore souple, pourra reprendre insensiblement sa perméabilité première, et une grande amélioration, la guérison peut-être, pourra être obtenue, en prévenant le retour des influences morbides dont la dilatation des bronches était la conséquence. La réalité de cette induction est démontrée par l'observation IX[e].

Que si, au contraire, la dilatation des bronches est considérable et occupe une grande étendue de l'arbre

aérien, la respiration en sera notablement troublée, la surface exhalante se trouvera considérablement accrue, et l'on verra la santé fléchir en proportion de la diminution de l'hématose et de l'abondance des matières sécrétées.

Plus ensuite la maladie est ancienne, plus aussi les bronches ont perdu leur contractilité, et plus le tissu intermédiaire est devenu inextensible et imperméable; moins il est possible, conséquemment, d'obtenir l'expansion du parenchyme pulmonaire et le retrait des rameaux dilatés.

Il est superflu d'ajouter que l'âge avancé, qui enlève aux tissus leur élasticité, rendra toute amélioration plus difficile, et que les mauvaises influences hygiéniques, en facilitant le retour des bronchites et autres états phlegmasiques du poumon, contribueront aussi, pour une notable part, à perpétuer la maladie.

Les diverses conditions énumérées (étendue et degré considérable de la dilatation, ancienneté de l'affection morbide, âge avancé, mauvaises influences hygiéniques) favoriseront en outre, d'autant plus qu'elles seront elles-mêmes plus prononcées, le développement des lésions secondaires auxquelles prédispose l'anévrysme bronchique, telles que l'emphysème du poumon et les maladies organiques du cœur. Or ce sont principalement ces complications qui aggravent la position du malade, et menacent la vie d'un danger sérieux et prochain. Sans elles, en effet, la dilatation des bronches n'amène pas nécessairement la mort, nous n'en avons du moins rencontré aucun exemple, et des faits nombreux et incontestables prouvent qu'elle n'est pas incompatible avec une longue existence.

Sans aucun doute, la guérison n'est plus possible quand la dilatation a dépassé certaines limites d'intensité, d'étendue et de durée, mais la maladie est toujours

susceptible d'amendement, et à quelque état que le médecin la rencontre, l'intervention éclairée de son art exercera constamment une heureuse influence.

Traitement.

Dans cette partie de notre travail, nous ne nous astreindrons pas rigoureusement au procédé analytique que nous avons suivi jusqu'à présent dans l'étude de la dilatation des bronches. Ce chapitre, en effet, doit avoir moins pour but de retracer le traitement mis en usage chez nos malades, que d'indiquer la médication qui convient le mieux d'après la connaissance que nous a donnée de cette affection la recherche approfondie de ses caractères anatomiques, de son mode d'évolution, de sa marche, et des moyens de réparation dont la nature dispose.

Nous exposerons, d'après ces bases, les médications qui nous paraissent les plus rationnelles, et nous indiquerons les moyens que nous croyons les plus appropriés, en nous appuyant, chemin faisant, des résultats obtenus par les différents agents thérapeutiques.

Prévenir le développement de la dilatation des bronches, combattre la maladie quand elle existe, tel est le double but que le traitement doit se proposer.

Nous avons vu plus haut que la dilatation est fréquemment la conséquence de catarrhes bronchiques souvent répétés, d'engouements pulmonaires passant à l'état chronique, et d'épanchements pleurétiques à résolution lente et difficile. C'est principalement quand ces états morbides se combinent entre eux, et mieux encore quand ils se trouvent tous les trois réunis, que l'on voit survenir l'anévrysme des bronches. La médication préventive

doit donc avoir pour but de traiter vivement, et de poursuivre avec persévérance les épanchements de la plèvre, surtout chez les malades qui toussent ; elle doit s'attacher à combattre sans relâche, et par tous les moyens dont l'art dispose, les pleuro-pneumonies à marche lente, et attaquer les pneumonies catarrhales avec d'autant plus d'insistance et d'énergie qu'elles se sont déjà plus souvent reproduites. C'est à ces conditions qu'il est possible de prévenir le développement d'un état morbide, qui offre plus tard si peu de prises aux efforts de la médecine.

La dilatation des bronches, une fois établie, voici les indications principales qui doivent composer le traitement curatif : — Débarrasser les voies de la respiration des mucosités qui les obstruent ; — en diminuer la sécrétion incessante, afin d'arriver, si c'est possible, à en tarir la source ; — favoriser la résolution complète des engouements pulmonaires qui souvent persistent encore à cette époque de la maladie ; — activer, autant que l'on peut y contribuer, le retrait graduel et progressif des parois bronchiques élargies ; — surveiller et combattre les maladies complicantes ; — et prévenir par une hygiène bien ordonnée, les incidents pathologiques qui ont surtout pour effet de ranimer les catarrhes mal éteints, et deviennent ainsi la cause d'une aggravation nouvelle.

Les agents thérapeutiques qui nous ont paru le plus propres à faciliter l'expectoration sont le kermès et l'ipécacuanha ; ce sont aussi ceux que nous avons mis le plus souvent en usage, en y associant soit une infusion émolliente ou légèrement aromatique de mauve ou de fleurs pectorales, d'hyssope ou de camomille, soit une décoction légère de lierre terrestre ou de polygala de Virginie.

L'ipécacuanha, administré comme expectorant, était donné, soit sous forme de sirop à la dose de 15 à 25 gram-

mes dans une potion pectorale, soit sous forme de pastilles à prendre au nombre de 4 à 6 en vingt-quatre heures. Ces tablettes, chez plusieurs de nos malades, déterminaient un léger effet purgatif.

Le kermès a été surtout administré dans les cas où la dilatation des bronches était accompagnée d'un certain état d'engouement du poumon, et les malades le prenaient le plus souvent dans un looch ou dans un julep, à la dose de 20 à 30 centigrammes par vingt-quatre heures.

Assez souvent encore, aux agents précités, nous ajoutions avec avantage 10 à 15 grammes d'oxymel scillitique.

Lorsque ces moyens demeurent insuffisants, ou bien quand les bronches sont encombrées de mucosités dans une grande étendue, de manière à gêner considérablement la respiration, nous croyons utile de provoquer le vomissement, et ce qui nous a le mieux réussi, c'est un mélange de 5 à 10 centigrammes de tartre stibié avec 30 grammes de sirop d'ipécacuanha pour une potion de 125 grammes, à prendre en trois fois dans la journée.

Dans les cas très rares où ce mélange manquait notre but, soit qu'il ne produisît aucun effet, soit qu'il déterminât seulement des évacuations alvines, nous le remplacions par une décoction de 2 à 3 grammes de racine d'ipéca pour 250 grammes de véhicule, filtrée et administrée par petites tasses jusqu'à production de plusieurs vomissements, soit encore par la poudre d'ipécacuanha délayée dans de l'eau, à la dose de 1gr.,50 à prendre en trois fois dans la matinée.

Le vomitif, suivi souvent d'un soulagement immédiat, sera répété, selon le besoin, une ou plusieurs fois à quelques jours d'intervalle, en le faisant suivre chaque fois de la médication expectorante. Ces moyens combinés ont produit le plus ordinairement une notable amélioration.

Les laxatifs seront utilement employés, soit concur-

remment avec les béchiques et les expectorants, soit alternativement avec les vomitifs; c'est à la manne et à l'huile de ricin que nous donnions ordinairement la préférence.

Les opiacés nous ont paru très souvent indiqués, soit pour calmer la toux quand elle était pénible ou fatigante, soit pour la modérer dans sa fréquence, soit pour assurer le repos du malade trop souvent interrompu par le besoin de tousser, et dans ce but nous donnions tour à tour l'extrait gommeux d'opium, le chlorhydrate de morphine et les pilules de cynoglosse.

A ces moyens, nous avons fréquemment associé les substances dites balsamiques, notamment le baume de Tolu sous forme de sirop; plus rarement nous avons eu recours au baume de copahu, un peu plus souvent aux bourgeons de sapin en infusion. Le goudron végétal a été employé dans les mêmes conditions, soit l'eau ou le sirop de goudron à l'intérieur, soit les vapeurs de goudron dégagées insensiblement autour du malade, soit enfin le goudron en substance, administré sous forme de pilules à doses croissantes, depuis 2 jusqu'à 10 et 16 en vingt-quatre heures. Ces agents nous ont paru exercer une influence réelle sur l'abondance des sécrétions, et c'est pendant l'administration des pilules que, chez un de nos malades, nous avons vu les crachats, d'abord très abondants, diminuer graduellement, et tarir enfin d'une manière complète (Obs. IXe).

Les astringents, tels que le cachou, l'extrait de ratanhia, le sirop de consoude, le diascordium et l'eau de Rabel, ont été moins employés contre le catarrhe lui-même que dans le but de combattre certains accidents morbides, notamment l'hémoptysie et la diarrhée.

Lorsque la dilatation des bronches se compliquait d'une autre affection morbide, caractérisée par une teinte cyanosée des lèvres et des extrémités, révélant soit une

maladie du cœur avec dilatation des cavités droites, soit une gêne quelconque de la circulation centrale, nous obtenions de bons effets de l'administration de quelques stimulants tels que l'eau de mélisse, la teinture de cannelle, et surtout une décoction légère et aromatique de café.

La catarrhe bronchique, dégagé de tout élément fébrile, nous a paru heureusement influencé par l'usage interne des préparations sulfureuses telles que la fleur de soufre, les pastilles aromatisées, ou mieux encore les eaux sulfureuses naturelles prises avec du lait tiédi d'avance, ou mélangées de 15 à 30 grammes de sirop de tolu ou de fleurs d'oranger.

Les bains sulfureux, dans la saison favorable, constituent un utile adjuvant, tant par l'action du soufre sur toute la superficie de la peau que par l'effet des vapeurs sulfureuses inspirées pendant la durée du bain, et portées ainsi directement sur les surfaces bronchiques malades.

Le catarrhe est-il accompagné de phénomènes spasmodiques, cette complication réclame l'usage des préparations de castoréum, de valériane, le camphre, l'extrait de jusquiame, l'éther et l'eau distillée de laurier-cerise.

Chez les malades atteints d'une diathèse herpétique, et surtout quand le catarrhe paraissait avoir succédé à quelque affection cutanée actuellement disparue, il nous a semblé utile de recourir aux frictions sur la poitrine avec l'huile de croton tiglium; les vésicatoires camphrés étaient réservés pour les cas où l'on constatait, soit un engouement pulmonaire à l'état subaigu, soit un reste d'épanchement pleurétique, et nous aimions mieux les laisser sécher pour les renouveler au bout de quelques jours que de les faire longtemps suppurer.

Si l'on redoutait le développement ou si l'on soupçonnait la coexistence d'une tuberculisation pulmonaire,

on associerait utilement aux moyens précités l'emploi des préparations d'iode et l'usage de l'huile de foie de morue.

Comme la plupart des malades se trouvent débilités, décolorés, amaigris, les toniques et les amers, notamment les préparations de quinquina, de colombo, nous paraissent souvent indiqués dans le but de réveiller la tonicité des tissus en général, et conséquemment aussi celle de l'appareil respiratoire ; et en reportant nos pensées sur les résultats des investigations anatomo-pathologiques qui montrent à l'intérieur des bronches dilatées, des lignes circulaires et légèrement saillantes, attestant l'existence de fibres musculeuses, nous nous demandons s'il n'y aurait pas lieu d'administrer préférablement les agents désignés en matière médicale sous le nom de *tétaniques*, et qui augmentent l'irritabilité du tissu musculaire, comme la noix vomique et la strychnine.

Dans le traitement d'une maladie ordinairement si rebelle, et en même temps si sujette à s'aggraver sous l'influence des moindres causes, on comprend quel rôle important revient à l'hygiène, tant pour seconder l'efficacité des moyens thérapeutiques que pour prévenir des aggravations nouvelles. Ses préceptes ne sauraient être négligés impunément, et il y a lieu d'insister près des malades sur la nécessité de réunir autant que possible les diverses conditions capables d'assurer l'accomplissement régulier de toutes les fonctions de l'économie.

L'alimentation doit être de bonne nature et suffisamment réparatrice, pour contre-balancer les déperditions incessantes dues à l'abondance des sécrétions morbides.

La diète ne sera nécessaire que dans le cas d'une aggravation aiguë du catarrhe ou d'une complication de quelque maladie inflammatoire, et la sévérité du régime alimentaire sera généralement proportionnée à l'intensité du mouvement fébrile. Hors ce cas, la privation de

nourriture serait non-seulement inutile, mais pourrait devenir préjudiciable.

Une eau de bonne qualité ou une infusion agréablement aromatique, une bière légère, un peu de bon vin, telles sont les boissons parmi lesquelles le malade peut choisir. Les eaux gazeuses de Seltz, de Soultzbach, de Bussang, etc., seront prises utilement pendant les repas.

Une des précautions les plus essentielles est de se vêtir assez pour être à l'abri du froid et de l'humidité, de maintenir aux extrémités une chaleur constante, et de déterminer, au moyen de la laine, une stimulation douce sur la peau, de manière à prévenir le refoulement du sang de la périphérie vers les cavités.

D'autres indications non moins importantes consistent à se préserver de toute fatigue corporelle, à renoncer aux exercices qui exigent une grande dépense de force; à éviter soigneusement d'inspirer un air froid, surtout pendant que le corps est en sueur, et à se soustraire autant que possible aux transitions de la température ambiante.

La chambre du malade sera spacieuse, exposée de préférence au midi; on aura soin d'y entretenir une chaleur douce, uniforme, d'en renouveler souvent l'air, d'y dégager, pendant les temps secs, des vapeurs de plantes émollientes, et quand l'atmosphère est humide, des émanations de goudron ou de benjoin.

Le séjour à la campagne sera généralement préférable à l'habitation des grandes villes, et en cas d'impossibilité, on devra du moins fixer sa demeure dans un quartier spacieux où circule un air libre et pur, plutôt que dans les régions populeuses où l'air est étouffé par l'étroitesse des rues et altéré par les émanations fétides.

Pour compléter la médication, pour améliorer plus sûrement le catarrhe et prévenir plus efficacement toute complication grave, on conçoit aisément combien il peut

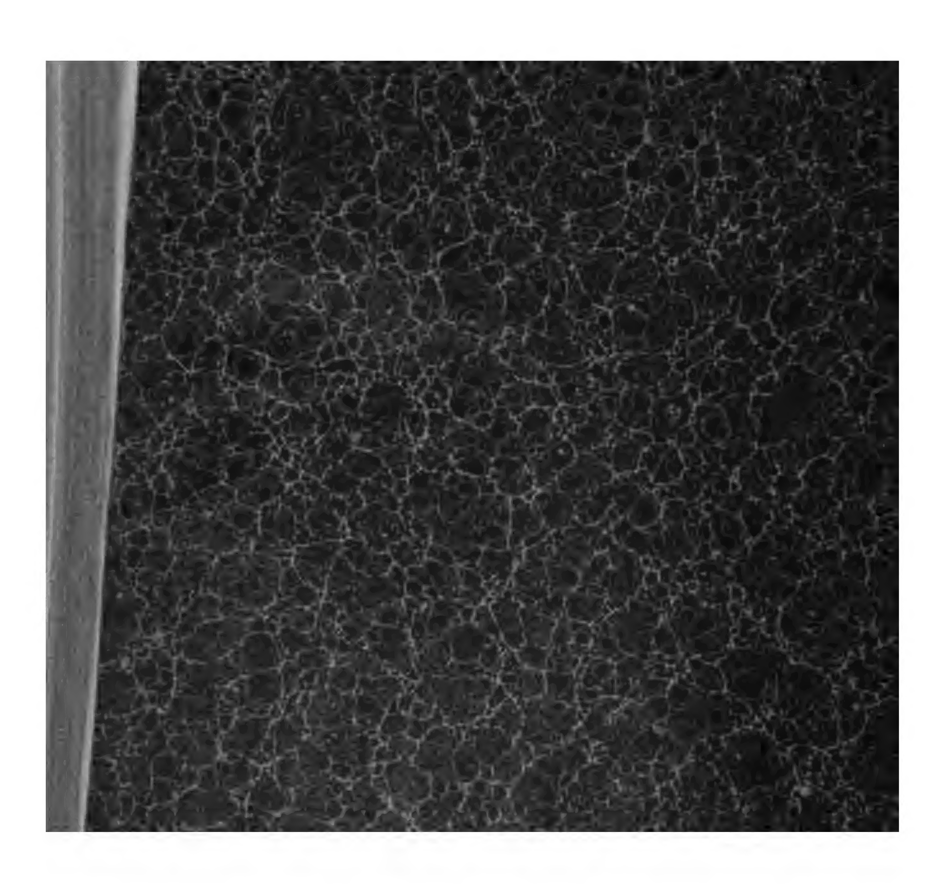
être utile de soustraire le malade pendant l'hiver aux influences fâcheuses d'une contrée septentrionale, où il est incessamment exposé à subir les inconvénients de l'immobilité ou les chances des refroidissements, pour le soumettre à l'action bienfaisante d'un climat plus méridional et d'une atmosphère tempérée qui lui permettent de se livrer presque tous les jours à un exercice proportionné à ses forces.

Enfin le malade trouvera une puissante condition de rétablissement ou d'amélioration dans certains établissements thermaux, comme celui du Vernet et d'Amélie-les-Bains, où l'inspiration incessante d'un air chargé d'émanations sulfureuses exercera directement sur les surfaces malades son action salutaire.

TABLE DES MATIÈRES

DU TROISIÈME VOLUME.

FIN DU TROISIÈME VOLUME.




UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 05941 7488

